



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos
com plegias por acidente vascular encefálico**

Michelinne Oliveira Machado Dutra

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Silva Coura

CAMPINA GRANDE

2015

Perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico

Michelinne Oliveira Machado Dutra

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

CAMPINA GRANDE

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

D978p Dutra, Michelle Oliveira Machado.
Perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos com
plegias por acidente vascular encefálico [manuscrito] / Michelle
Oliveira Machado Dutra. - 2015.
65 p. : il. color.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa,
2015.

"Orientação: Prof. Dr. Alexandre Silva Coura, Pró-Reitoria
de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Idoso. 2. Acidente vascular encefálico. 3. Pessoas com
deficiência. 4. Avaliação geriátrica. I. Título.

21. ed. CDD 618.97

FOLHA DE APROVAÇÃO

Michelinne Oliveira Machado Dutra

Perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico

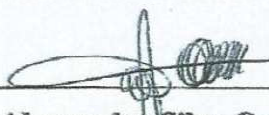
Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 28/07/2015.

Banca Examinadora

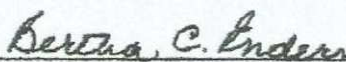
Assinatura:



Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

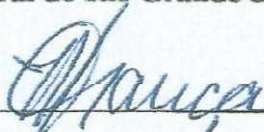
Assinatura:



Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Assinatura:



Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao Único que é digno de receber a honra, a glória, a força e o poder. Ao Rei Eterno, imortal, invisível, mas real, dedico a minha existência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me escolher e me ungir antes mesmo de nascer. A Ele, toda glória, pois bem aventurados todos aqueles que Nele confiam.

A Denilson, meu esposo, pois me proporcionou incentivo, amor, carinho, e estímulo para o sucesso de agora.

A Gabriel, meu filho, por ter sido enviado por Deus para ser meu porto seguro.

Ao meu pai (in memória) e minha mãe, por toda a sua dedicação, incentivo, apoio e credibilidade em tudo que busquei fazer, confiando sempre no meu potencial e investindo em meu futuro.

A minhas irmãs, Kaline e Jaqueline, por sempre estarem ao meu lado.

Ao professor Dr. Alessandro Silva Coura, pelo aceite em me orientar, pela confiança em mim depositada e por contribuir para o meu sucesso profissional.

As amigas do mestrado, Jamilly, Jéssica, Renata, Patrícia e Vanessa, pela oportunidade valiosa do convívio e pelo enriquecimento conquistado.

As professoras Dra. Bertha Cruz Enders e Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, pelas contribuições valiosas neste trabalho.

Aos demais professores, pelos ensinamentos transmitidos.

Aos colegas de curso, pelos momentos divididos juntos.

Aos colegas do meu grupo de pesquisa, pelo apoio, em especial, a **Mayara e Kaio**, pela disponibilidade em me ajudar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pela oportunidade que me fora dada.

Aos participantes do estudo, por terem aceitado participar da investigação, dispensando um pouco do seu tempo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo apoio financeiro.

A todos, meus sinceros agradecimentos!

**“E, de repente, a vida te mostra um outro caminho. Aquele que esperavas?
Na maioria das vezes, não. Um caminho onde terás que aprender a dar os
primeiros passos. Aqueles que outrora aprendestes, não te servirão. E quem
há de segurar a tua mão para que não caias? Olhas para o lado e as mãos
somem... Para trás não adianta tentar. O único caminho está à frente...”**

Kenio Costa Lima

RESUMO

DUTRA, M. O. M. **Perfil sociodemográfico e capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico**. 2015. 65 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2015.

Ao introduzir as mais recentes inovações tecnológicas da medicina preventiva e curativa, houve aumento da expectativa de vida e redução da taxa de mortalidade que conjuntamente com o declínio da fecundidade evidencia o processo de envelhecimento populacional. Consequente, doenças próprias da velhice têm apresentado crescente expressão na sociedade. Dentre elas, destaca-se o acidente vascular encefálico que entre os idosos, apresenta elevada incidência. Objetivou-se verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado no domicílio dos idosos com plegias por acidente vascular encefálico adscritos às Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB, Brasil, no período de setembro de 2014 a março de 2015. Os critérios de elegibilidade: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com algum tipo de plegia diagnosticada por especialista, decorrente de acidente vascular encefálico, função cognitiva que possibilite responder os questionamentos e estar adscrito em alguma Unidade Saúde Família do município campinense. Foram utilizados dois questionários: o Questionário I, destinado à investigação das variáveis sociodemográficas e o Questionário II, denominado Índice de Barthel destinado à avaliação da capacidade funcional dos sujeitos para as Atividades de Vida Diária. Os dados coletados foram implantados (em dupla entrada) em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 para Windows, e apresentados por meio de tabelas. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95% ($p < 0,05$). Para análise dos dados sociodemográficos e dos escores do IB, foi utilizada a estatística descritiva. Para verificar o nível de significância entre associações dos aspectos sociodemográficos e capacidade funcional para as atividades de vida diária, foi utilizada a dicotomização das variáveis do Índice de Barthel. Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que dispõem sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os resultados foram apresentados por meio de um artigo científico derivado da pesquisa. Verificou-se predomínio de indivíduos do sexo feminino, viúvos, sem escolaridade e com renda familiar de até um salário mínimo. A média de idade foi de 65 anos. Constatou-se satisfatória confiabilidade do Índice de Barthel, com Alfa de Cronbach total = 0,917. As atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram micção (73,8%) e evacuar (66,9%). Com relação à capacidade funcional para as atividades de vida diária, verificou-se grau de capacidade variando de moderado para total dependência, independente e grau de leve dependência. Verificou-se associação entre a capacidade funcional e a raça ($p = 0,027$), faixa etária ($p = 0,001$) e escolaridade ($p = 0,041$). Constatou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Nesse sentido, por meio da disponibilização dos resultados da pesquisa, acredita-se ter contribuído para a reflexão sobre essa problemática, bem como proporcionado reprodutibilidade por outros estudos dos métodos utilizados.

Palavras-Chave: Idoso; Acidente Vascular Encefálico; Avaliação Geriátrica; Pessoas com Deficiência; Atividades Cotidianas; Epidemiologia.

ABSTRACT

DUTRA, M. O. M. **Socio-demographic profile and functional capacity of the elderly with plegias by cerebrovascular accident.** 2015. 65 sheets. Dissertation (Mastership) – Postgraduate Program in Public Health, State University of Paraiba, Campina Grande/PB, 2015.

By introducing the latest technological innovations of the preventive and curative medicine, there was an increase in life expectancy and reduction of mortality rate, which in conjunction with the decline in the fertility rate shows the process of population aging. Consequently, diseases proper of the old age have shown increased expression in society. Among them, we highlight the cerebrovascular accident that among seniors, presents high incidence. It aimed to verify the associations between socio-demographic factors and the functional capacity of the elderly with plegias by cerebrovascular accident. This is a cross-sectional study, descriptive, of a quantitative approach. It was performed in the homes of the elderly with plegias for stroke attached to Family Health Units of the municipality of Campina Grande/PB, Brazil, in the period September 2014 and March 2015. Eligibility criteria: people aged 60 or older, of both genders, with some kind of palsy diagnosed by specialist, due to cerebrovascular accident, cognitive function that makes it possible to answer the questions and be attached in any family Health Unit municipality campinense. Two questionnaires were used: the questionnaire I, for the investigation of socio-demographic variables, and the questionnaire II, called Barthel Index for the evaluation of the functional capacity of the subjects for the activities of daily life. The data collected were deployed (in double-entry) into an electronic database and analyzed through the statistical program Statistical Package for the Social Sciences, 20.0 version for Windows, and presented through tables. The associations investigated considered the 95% confidence intervals ($p < 0,05$). For demographic data analysis and IB scores there was used the descriptive statistics. To check the level of significance between associations of socio-demographic aspects and functional capacity for activities of daily living there was used dichotomization of the Barthel Index variables. This research was developed according to the parameters of the resolution 466/12 of the National Health Council and Ministry of Health, which feature on research involving humans. The results were presented by means of a scientific article derived from the research. There has been a predominance of women, widowed, without schooling and with household income of up to one minimum wage. The average age was of 65 years old. Found satisfactory reliability of Barthel Index, with Cronbach's alpha total = 0,917. The activities in which there was greater difficulty of urination (73,8%) and evacuate (66,9%) were carrying out. Regarding the functional capacity for activities of daily living, there was verified the level of capacity ranging from moderate to total dependence, and degree of mild dependence. It was found association between the functional capacity and the race ($p = 0,027$), age group ($p = 0,001$) and schooling ($p = 0,041$). It was noted that the socio-demographic factors may interfere with the functional capacity of the elderly with plegias by cerebrovascular accident. In this sense, through the provision of research results, it is believed to have contributed to the reflection on this issue, as well as provided by other studies of the reproduction methods used.

Keywords: Aged; Stroke; Geriatric Assessment; Disabled Persons; Activities of Daily Living; Epidemiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 HIPÓTESES	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	19
4.2 CAPACIDADE FUNCIONAL E MEDIDAS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	21
5 MATERIAL E MÉTODO	24
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
5.2 LOCAL DA PESQUISA	24
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
5.7 PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55
ANEXO A – QUESTIONÁRIO II- ÍNDICE DE BARTHEL.....	56
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	58
ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	59
ANEXO D – COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO DO CEP.....	60
ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	61
APÊNDICES	62
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO I- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	63
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	40
Tabela 2. Questionário índice de Barthel testado com o Alfa de Cronbach total, Correlação total de itens corrigidos e Alfa com item deletado. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	41
Tabela 3. Frequências de atividades básicas da vida diária.....	42
Tabela 4. Associação entre o perfil sociodemográfico e a capacidade funcional de idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	44

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1. Descrição das hipóteses teórica e estatística do estudo, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	18
Quadro 2. Rede Municipal de Serviços de Saúde de Campina Grande/PB.....	26
Quadro 3. Variáveis de caracterização sociodemográfica dos idosos com plegias por AVE, adscritas a Estratégia de Saúde da Família, segundo escores/categorias de verificações, Campina Grande/PB, 2015.....	29
Quadro 4. Variáveis de caracterização do grau de dependência para realização das Atividades Básicas de Vida Diária, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, 2015.....	30
Quadro 5. Sistema de codificação do sujeito de pesquisa, Campina Grande/PB, 2015.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização de Campina Grande/PB.....	25
Figura 2. Mapa dos bairros de Campina Grande/PB.....	25
Figura 3. Mapa dos Distritos Sanitários de Campina Grande/PB.....	26
Figura 4. Modelo de associação das variáveis independentes na determinação da variável dependente.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABVD's** – Atividades Básicas de Vida Diária
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AI-** Atividades Instrumentais
- AIVD's** – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- CF** – Capacidade Funcional
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IB** – Índice de Barthel
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MIF** – Medida de Independência Funcional
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PcD** – Pessoas com Deficiência
- SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences
- USF** – Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, onde se inclui a educação para a saúde, proporcionou significativos avanços no campo da saúde pública. Ao introduzir as mais recentes inovações tecnológicas da medicina preventiva e curativa, houve redução da taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida. Conjuntamente a redução da mortalidade, observa-se um declínio da fecundidade o que evidencia o processo de envelhecimento¹.

Situação que proporcionou, sobretudo, o crescimento das doenças crônicas, com destaque para aquelas do sistema cardiovascular, que se destacaram no âmbito de morbimortalidade do país². Dentre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença com vastas repercussões para a saúde pública, pois, atualmente, é a primeira causa de incapacidade em adultos e mortalidade no Brasil^{2,3}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS⁴, o AVE, refere-se ao acelerado desenvolvimento de sinais clínicos focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, ocasionando alterações cognitivas e sensorio-motoras, conforme a área de acometimento da lesão.

Dados procedentes de estudo prospectivo brasileiro apontam incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9% sendo o índice de recorrência após um episódio de AVE de 15,9%. Aproximadamente um ano após o primeiro AVE, a independência física (para 66% dos sobreviventes) e a ocupação (para 75% dos sobreviventes) são os domínios mais afetados³.

Tal doenças cerebrovascular apresenta maior incidência em pessoas com idade avançada⁵, período da vida em que se pode observar grandes taxas de óbito e sequelas. O AVE ocorre em todas as faixas etárias, porém a incidência dobra a cada década após os 65 aos de idade^{6,7}.

Observa-se que, nos serviços de reabilitação, a população de pacientes acometidos por AVE pertence em sua maioria, a faixa etária adulto-idoso, período este que pode ocorrer, naturalmente, a redução da capacidade funcional pelo processo de envelhecimento, sendo necessário avaliar as características funcionais destes pacientes por meio da análise das atividades de vida diária, as quais comumente encontram-se afetadas após o AVE⁸, para que se possa adequar às intervenções terapêuticas às verdadeiras necessidades do paciente.

Diante deste fato, estudos sobre a CF de idosos com AVE mostram associação entre o AVE e a capacidade funcional do idoso para realização das AVD. Nestes estudos os idosos

acometidos pelo AVE tem idade média de 73,7 anos⁹, com predominância para o sexo masculino, sendo a maioria destes, aposentados ou pensionistas. Em relação ao convívio domiciliar, a maioria referia conviver com filhos. A renda domiciliar variava entre 1 a 3 salários mínimos⁸. Já com relação aos sintomas apresentados, referem dor, perda da memória, dor de cabeça, agitação e problemas na bexiga¹⁰.

Cabe também mencionar a associação existente na literatura entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos¹¹. Nesses estudos a escolaridade, situação ocupacional, sexo, idade, possuem relação com a capacidade funcional^{12,13}.

Diante deste contexto, emergem os seguintes questionamentos de pesquisa: qual o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por AVE? Qual o grau de dependência para realização de Atividades da Vida Diária? E, há associação entre capacidade funcional e as características sociodemográficas desses sujeitos?

O estudo é justificado mediante a possibilidade de colaborar para o exercício da assistência à saúde das pessoas com deficiências (PCD) e proporcionar elementos para a elaboração ou adequação de políticas públicas no intuito de assegurar a plena cidadania desses indivíduos, bem como, pela lacuna existente na literatura pesquisada, no tocante às pesquisas sobre Capacidade Funcional (CF) de idosos com plegias por AVE, fator que dificulta a assistência à saúde com ênfase no autocuidado.

Outro importante aspecto é a inclusão desta temática na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, visto que as deficiências constituem grave problema de saúde pública¹⁴.

Nesse sentido, um conjunto de leis tem emergido, no intuito de assegurar os direitos individuais e coletivos desses sujeitos. Dentre essas, podemos citar a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, cujos objetivos são conceituais em relação à definição de situações incapacitantes, provocadas por perda ou anormalidades das funções, tidas como normais, buscando o desenvolvimento e implantação de ações que busquem favorecer a situação de vida dessas pessoas¹⁵. Pode-se mencionar, ainda, o estatuto do idoso cujo objetivo primordial é regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, buscando dessa forma, priorizar esses indivíduos quando da formulação e execução de políticas sociais públicas específicas¹⁶.

Portanto, estudos sobre a associação dos fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos tem significativa importância, em especial para favorecer a compreensão de como esses indivíduos estão vivendo após o acidente vascular encefálico e assim promover estratégias de saúde destinadas a melhoria na qualidade de vida dessa população, pois

ocasionado pelo processo de transição demográfica ocorreu à transição epidemiológica, resultando na mudança do perfil de morbidade da população, com o surgimento de novas patologias no cenário atual, responsáveis por acarretar mudanças significativas no perfil de adoecimento populacional, com destaque para as doenças crônicas. Desta forma, em decorrência do envelhecimento, as morbidades que demandam esforços financeiros e de atenção continuada, tornam-se relevantes, aumentando assim a demanda por serviços sociais e de saúde¹⁷.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre a capacidade funcional e o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por AVE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos com plegias por AVE;
- Aferir a capacidade funcional de idosos com plegias por AVE para realização de Atividades da Vida Diária;
- Verificar o grau de dependência dos idosos com plegias por AVE;
- Verificar a existência de associações entre os aspectos sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por AVE.

3 HIPÓTESES

Partindo-se do pressuposto que o perfil sociodemográfico de idosos com plegia por AVE pode influenciar a capacidade funcional desses sujeitos, estabeleceram-se as hipóteses teórica e estatística de pesquisa, indicadas no Quadro 1.

DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES		
Tipos	Teórica	Estatística
Hipótese Nula (H_0)	Não há associação entre a capacidade funcional e o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por AVE.	$H_0 = X^2$ ou F com p-valor $> 0,05$
Hipótese Alternativa (H_1)	Há associação entre a capacidade funcional e o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por AVE.	$H_1 = X^2$ ou F com p-valor $< 0,05$
H_0 =hipótese nula; H_1 =hipótese alternativa; X^2 =teste Qui-quadrado; F: teste de Fisher; p-valor=valor de significância das proporções testadas.		

Quadro 1 - Descrição das hipóteses teórica e estatística do estudo. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Abordam-se, por meio da revisão da literatura, alguns embasamentos teóricos, que permitem atingir os objetivos apresentados nessa dissertação, por meio dos seguintes tópicos: Envelhecimento populacional, Acidente vascular encefálico, Capacidade funcional e Escalas de medidas de independência funcional.

4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Segundo o IBGE¹⁸, encontrando-se em um processo de reestruturação demográfica, a população mundial apresenta diminuição nas taxas de fecundidade, redução da mortalidade e conseguinte aumento da expectativa de vida. Assim como em vários países, o Brasil passa por modificações das estruturas etárias, com consequente redução na proporção de crianças e jovens e crescimento no número de adultos e idosos em sua população.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, tendo como parâmetro o critério cronológico, são considerados idosos aqueles indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos que habitam países em desenvolvimento. Corroborando com essa definição, a lei nº 10.741 de 2003 que instituiu o Estatuto do Idoso no país, também considera idosas as pessoas com 60 ou mais anos de idade¹⁶.

Observa-se que entre os anos de 1970 e 2010 houve um crescimento progressivo no Índice de Envelhecimento brasileiro, que de 1970 a 1980 apresentou variação de 30,54%; de 1980 a 1991, de 32,26%, de 1991 a 2000 variou 37,42% e de 2000 a 2010, 55,11%¹⁹.

Segundo Wong e Carvalho²⁰, grande parte dos países europeus necessitou de quase um século para completar sua transição demográfica, enquanto que o Brasil obteve um declínio similar em apenas um quarto de século.

No Brasil, a população idosa que já apresentava crescimento entre 1990 (7,2%) e 2010 (10%), apresentará magnitude de crescimento a partir de 2020, passando de 28,3 milhões (13,7%) para 52 milhões (23,8%) de idosos em 2040, representando quase um quarto de todos habitantes do país²¹.

Diante do processo de envelhecimento populacional, observa-se que doenças próprias da velhice têm apresentado crescente expressão na sociedade²². Dentre elas, destaca-se o AVE, que pode ser conceituado como sinal clínico de desenvolvimento súbito, o qual apresenta perturbação focal da função cerebral, supostamente de origem vascular e superior a 24 horas^{23,24}.

Entre os idosos o AVE, apresenta elevada incidência, tendo seu pico compreendido entre a sétima e oitava década de vida^{25,26}. No mundo, configura-se como a segunda causa de morte em adultos e a primeira causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diária^{8,27,28}.

Conforme a etiologia, o AVE divide-se em três grupos: acidente vascular encefálico isquêmico, hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóide. O acidente vascular encefálico isquêmico acontece por oclusão arterial cerebral súbita. Podendo o trombo formar-se no local da oclusão (acidente vascular isquêmico trombótico) ou em outro local da circulação e prosseguir através da corrente sanguínea, ocasionando a oclusão arterial cerebral (acidente vascular isquêmico embólico). A hemorragia cerebral ocorre por meio de sangramento arterial cerebral interno. E a hemorragia subaracnóide acontece por hemorragia arterial no espaço compreendido entre as meninges pia mater e aracnóide²⁹.

Verificam-se três prováveis desfechos do AVE: a morte, a sobrevivência com ou sem comprometimento neurológico. Cerca de 15% a 30% do total de pacientes acometidos por AVE vão a óbito no primeiro ano após o episódio³⁰; cerca de 24 a 54% dos acometidos encontram-se com incapacidades permanentes e significativas, necessitando de assistência e supervisão³¹ e os outros 30% apresentam déficits neurológicos, porém possuem capacidade de viver de forma independente³².

De acordo com a OMS, por ano 15 milhões de pessoas são acometidas pelo AVE, das quais cinco milhões vão a óbito decorrente do evento e grande parcela dos sobreviventes apresenta sequelas físicas e/ou mentais. Discretas alterações são apresentadas por 37% dos pacientes acometidos por AVE, 16% manifestam incapacidade moderada e 32% apresentam acentuada ou grave alteração na capacidade funcional e alguns se tornam dependentes de cadeira de rodas ou se restringem ao leito. As sequelas produzem impacto social, familiar e econômico. Contudo, apenas 15% destes pacientes não apresentam prejuízo da capacidade funcional^{8,27,28}.

A sequela observada com maior frequência após o AVE é a motora³³. Cerca de 70% a 88% dos sobreviventes apresentam algum grau de comprometimento motor³⁴. Em decorrência das sequelas apresentadas, os indivíduos na maioria das vezes exibem comprometimento do

nível de independência funcional para as atividades básicas de vida diária, tais como: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o banheiro, e deambular³⁵.

4.2 CAPACIDADE FUNCIONAL E ESCALAS DE MEDIDAS DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A capacidade funcional compreende a aptidão de preservar as habilidades físicas e mentais para o exercício autônomo e independente da vida. Nesse aspecto, a definição de capacidade funcional se revestirá de destacada importância na elaboração de políticas inovadoras voltadas aos cuidados dos idosos, direcionadas a qualidade de vida. Entre os idosos, o principal fator de risco para grande parte das doenças crônicas é a própria idade. Contudo, a idade avançada não representa impossibilidade para que os idosos conduzam, de maneira autônoma, a vida e as escolhas que lhes sejam relevantes³⁶.

Nesse contexto, a capacidade funcional pode ser analisada através da impossibilidade de realizar as atividades de vida diária, as quais compreendem as atividades básicas da vida diária (ABVDs) bem como as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As atividades básicas de vida diária são definidas como atividades de autocuidado, por exemplo, alimentar-se, usar o banheiro. Deste modo, são atividades imprescindíveis para a sobrevivência³⁷.

Como consequências do AVE pode haver prejuízo na capacidade funcional do sobrevivente^{5,38,39}. Diante deste fato, a avaliação da capacidade funcional mostra-se com significativa relevância na identificação de pacientes com risco de incapacidade funcional, na definição de prioridades no que concerne as capacidades físicas e doses de treinamento físico e reabilitação, bem como para promoção da motivação e participação do paciente na aderência e gestão das formas de tratamento sugeridas pelos profissionais de saúde⁴⁰.

Nesse sentido, Duarte⁴¹, definem avaliação funcional como um experimento sistemático para mensurar, com objetividade, a capacidade de nivelamento de uma pessoa em relação à execução de certas atividades ou atribuições em áreas distintas, por meio de destrezas no que concerne a execução de atividades diárias na efetivação de influências de interação social em atividades recreativas e em outros aspectos exigidos cotidianamente.

Estudo realizado na cidade de Campinas/SP, Brasil, no ano de 2009, sobre a capacidade funcional de idosos com AVE e sua associação com os fatores sociodemográficos, indica que em relação ao sexo, a maioria era do sexo masculino, no concernente a idade, observou-se predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos, a maioria dos idosos era

aposentado ou pensionista, a presença do cuidador foi verificada em grande parte dos sujeitos, função esta assumida predominantemente pelo cônjuge; em relação à ocorrência anterior de AVE, menos da metade dos sujeitos apresentaram episódios anteriores⁸.

Portanto, prolongar a vida é uma pretensão de toda sociedade. Contudo, para que este prolongamento seja considerado como uma conquista faz-se necessário que a qualidade esteja presente nos anos adicionais de vida. Deste modo, todas as políticas destinadas aos idosos devem considerar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, participação, cuidado e auto-satisfação dos mesmos, devendo também, promover a atuação no que concerne a diversidade de contextos sociais, bem como proporcionar um novo sentido a vida em idades avançadas²².

As escalas de medida de independência funcional buscam, sobretudo, mensurar o nível da capacidade/ incapacidade funcional do indivíduo para as atividades de vida diária. Nessa perspectiva, verifica-se que, diversos instrumentos foram construídos e validados para seus países de origem, visando à avaliação das AVDs em gerontologia. Dentre esses, com a finalidade de avaliar a independência funcional e mobilidade, o Índice de Barthel (IB) é um instrumento largamente utilizado no mundo. Compõe o campo de avaliação das AVDs cuja finalidade é a mensuração da independência funcional no autocuidado, mobilidade, locomoção e eliminações. Atribui-se uma pontuação a cada item mediante o desempenho do paciente para realizar atividades de maneira independente, com alguma ajuda ou de maneira dependente. Através desta, é atribuída uma pontuação geral advinda da soma dos pontos de cada categoria, variando de acordo com a assistência necessária a cada paciente. A pontuação pode variar entre 0 e 100, com intervalos a cada cinco pontos, onde as pontuações mais elevadas representam maior independência⁴².

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma medida de 18 itens que avalia os seguintes parâmetros: o autocuidado, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Os itens no MIF são pontuados em uma escala ordinal de 7 pontos que varia entre 1 e 7, onde o valor mínimo das pontuações no MIF é de 18, o que indica um baixo nível de funcionamento; o alcance máximo da pontuação é de 126, o que indica um alto nível de funcionamento⁴³.

Outro tipo de escala bastante utilizada é escala de Atividade de Vida Diária (AVD) e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) onde pontuações são utilizadas para avaliar o estado funcional. Para correlacionar as diferentes categorias estabelecidas pela AVD com valores quantitativos referentes à dependência, categoria A ter alcançado 6 pontos, o que

significa autonomia total; 5 para a categoria B, 4 para C e H, 3 para D, 2 para E, 1 para F e 0 para G, o que significa que há dependência total ⁴⁴.

A escala de Lawton destina-se a avaliação do desempenho funcional do idoso no que concerne as atividades instrumentais (AI). Tais atividades compreendem atividades como usar o telefone, fazer compras, arrumar a casa, administrar as finanças. A escala classifica o indivíduo em independente, dependente parcial ou dependente total. Algumas questões podem sofrer variações conforme o sexo do indivíduo⁴⁵.

Nesse contexto, o Índice de Barthel possui função semelhante à escala de AVD e AIVD, no que concerne a avaliação de atividades tidas com ABVD e diverge do índice de Lawton, por ser este destinado a mensuração da capacidade de realização das AIVD, atividades essas consideradas mais elaboradas, ou que demandam mais esforços à realização. Já com relação à avaliação das AIVD há semelhança entre as escalas de Lawton e a de AVD e AIVD, pois ambas destinam-se a mensuração das mesmas atividades. Contudo, todas as escalas mencionadas, assemelham-se a MIF no que concerne a medida da independência funcional para realização de atividades de vida diária^{42,44,45}.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa de tratamento e análise de dados.

A pesquisa descritiva tem por objetivo observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. O delineamento avaliativo constitui uma investigação elaborada para desvendar o funcionamento de um tratamento, política, prática ou programa. Tendo como valor primordial sua capacidade de obter respostas a questões práticas, expostas pelas pessoas que necessitam chegar a uma decisão ⁴⁶.

Nos estudos transversais a causa e o efeito são verificados conjuntamente⁴⁷. Já a abordagem quantitativa, tem por finalidade garantir a precisão dos resultados, prevenir distorções nas análises e interpretação, permitindo uma margem de segurança quanto às inferências. É constantemente utilizado em estudos descritivos, que buscam encontrar e classificar associações entre variáveis, como também nos que estudam a causalidade entre fenômenos ⁴⁸.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O Estudo foi realizado no domicílio dos idosos com plegias por AVE adscritos às Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Campina Grande/PB, Brasil, no período de setembro de 2014 a março de 2015.

Com a finalidade de delimitar o campo de estudo, é fundamental explicar que a referida cidade encontra-se localizada no interior do Estado, a 112 km da capital João Pessoa, conforme demonstra a Figura 1.

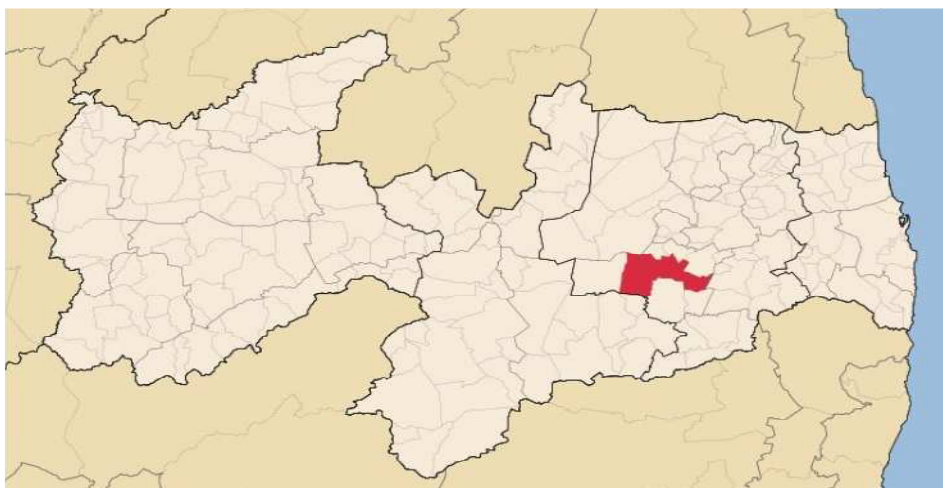


Figura 1 - Localização de Campina Grande/PB, Brasil.

Fonte: <http://pt.wikipedia.org>

Além do mais, a cidade em questão possui 594.182 km² de área total, com uma estimativa populacional de pouco mais de 400.000 habitantes¹⁸ distribuídos em 49 bairros, conforme demonstra a Figura 2.



Figura 2 - Mapa dos Bairros de Campina Grande/PB, Brasil.

Fonte: <http://pt.wikipedia.org>

De acordo com dados informados ao pesquisador pela Secretaria Municipal de Saúde do referido município, a rede de serviços encontra-se organizada em seis Distritos Sanitários, conforme demonstrado a seguir na Figura 3.

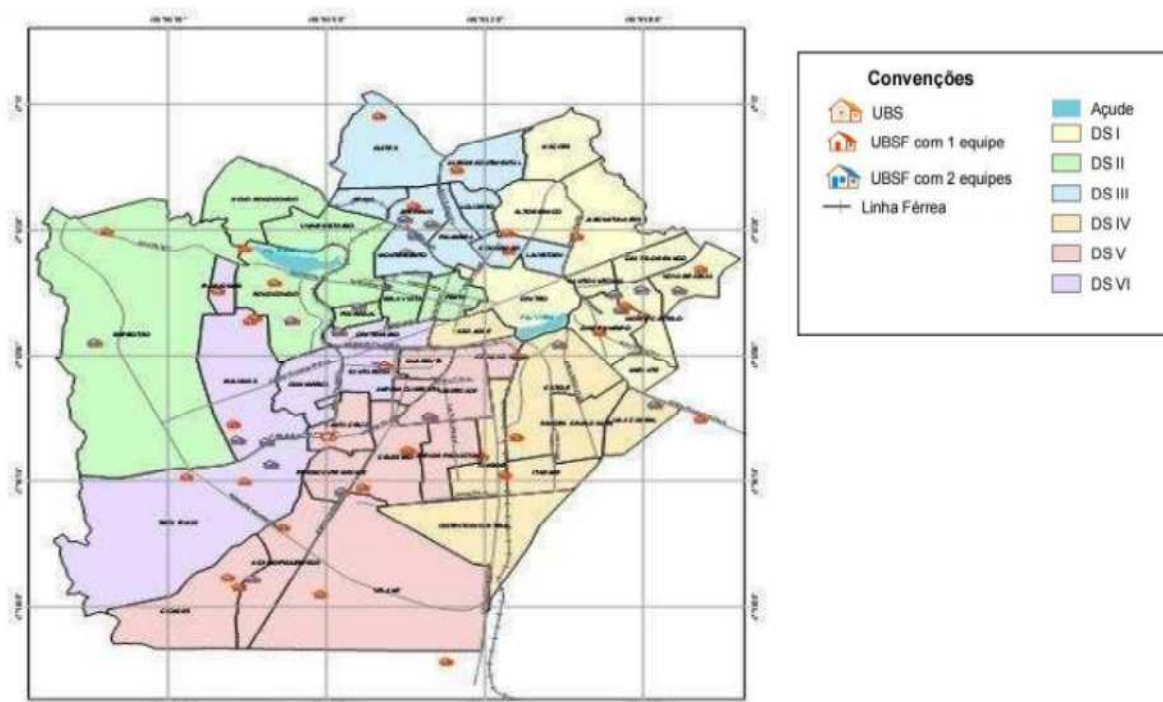


Figura 3. Mapa dos Distritos Sanitários de Campina Grande/PB, Brasil.

Os Distritos Sanitários apresentados na figura retro mencionada contemplam 104 estabelecimentos de saúde, conforme demonstrado no Quadro 2.

Tipo de Estabelecimento de Saúde	Quantidade
Unidade Básica Saúde da Família	64
Unidade Básica de Saúde	02
Unidade Mista	01
Centros de Saúde	07
Policlínica	01
Unidade de Fisioterapia	01
Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais - CRANESP	01

Clínica de Psicologia	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidade de Referência em Saúde Mental	01
Residências Terapêuticas de Saúde Mental	06
Farmácias Populares	04
Hospitais Públicos	03
Hospitais Filantrópicos	02
Hospitais Particulares	05
Total	104

Quadro 2 - Rede Municipal de Serviços de Saúde de Campina Grande/PB, Brasil.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Conforme se pode observar no Quadro 2, no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) o município possui 64 UBSFs, contemplando 85 Equipes de Saúde da Família (ESF), o que equivale a uma cobertura de 77% da população, bem como três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A maioria das UBSFs é composta por uma ESF, contudo, algumas dispõem de duas equipes.

Destaca-se a adesão do município em 1994 na experiência pioneira da Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgia em 14 municípios do país, bem como pela implantação dos Distritos Sanitários em 1998. O município é composto por seis distritos sanitários de saúde, sendo que, em cada um deles, existe um Centro de Saúde, conforme a Figura 3.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por todos os idosos com plegias por AVE adscritos em todas as 64 USF de Campina Grande. A amostra foi composta por 118 sujeitos idosos (60 anos ou mais), que apresenta algum tipo de plegia decorrente de AVE.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para participar do estudo, foram determinados como critérios de elegibilidade: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que apresentam algum tipo de plegia diagnosticada por especialista, como hemiplegia, paraplegia ou tetraplegia, decorrente de AVE, função cognitiva que possibilitou responder os questionamentos e que estavam adscritos em alguma USF do município campinense.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados dois questionários: o Questionário I, destinado à investigação das variáveis sociodemográficas e o Questionário II, denominado Índice de Barthel (IB) destinado à avaliação da capacidade funcional dos sujeitos para as AVDs.

O IB contém dez itens de mobilidade que constituem as AVDs: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar banheiro, caminhar e subir escadas. Cada item contém perguntas que recebem pontuação 0, 5, 10 ou 15, conforme a capacidade para executar a atividade. O resultado global varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência, 60-95 indica leve dependência, 40-55 indica moderada dependência, 20-35 indica grave dependência e <20 indica total dependência.

Estudaram-se as variáveis independentes que se acredita estarem associadas à capacidade funcional dos idosos com plegias por AVE; portanto a capacidade funcional é considerada como variável dependente deste estudo.

Nessa perspectiva, pode-se considerar uma variável como “uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração”⁴⁹.

A variável independente “é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável”³⁷. As variáveis independentes estudadas foram as características sociodemográficas, operacionalizada da seguinte forma:

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS COM PLEGIAS POR AVE	ESCORES/ CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Sexo	Masculino (1); feminino (2)
Idade	Em anos
Credo religioso	Sem credo religioso (1); Católico (2); Evangélico (3); Kardecista (4); Umbandista (5); Outros (6)
Etnia	Branca (1); Não branca (2)
Escolaridade	Até 11 anos de estudo (1); Mais de 11 anos de estudos (2); Analfabetos (3)
Nível socioeconômico	Sem rendimentos (1); Até um salário mínimo (2); De 1 a 2 salários mínimos (3); De 2 a 3 salários mínimos (4); Mais de 3 salários mínimos (5)
Estado civil	Solteiro (1); Casado (2); Viúvo (3); Divorciado (4); União Estável (5)
Presença de filhos	Sim (1); Não (2)
Pessoas que convivem com o idoso na mesma casa	Quantas?
Grau de parentesco das pessoas que convivem com o idoso na mesma casa	Esposo(a)/companheiro(a) (1); Filhos (2); Irmãos/irmãs (3); Outros parentes (4); Empregado(a) (5); Pais (6); Filhas (7); Netos(as) (8); Amigos (9)
Tempo decorrido do AVE	Tempo em anos

Quadro 3 - Variáveis de caracterização sociodemográfica dos idosos com plegias por AVE, adscritas a Estratégia Saúde da Família, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

A variável dependente “consiste naqueles valores (fenômenos/ fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela

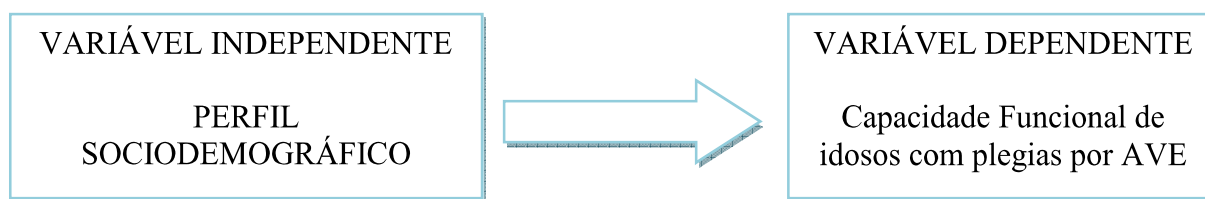
variável independente”⁴⁸. A variável dependente estudada foi a capacidade funcional dos idosos com plegias por AVE. O Quadro 4, corresponde às Atividades Básicas de Vida Diária.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA	ESCORES/ CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Comer	Totalmente independente (10); Necessita ajuda para cortar carne, pão, etc (5); Dependente (0)
Lavar-se	Independente: entra e sai sozinho do banho (5); Dependente (0)
Vestir-se	Independente: capaz de vestir-se e retirar a roupa, abotoar-se, amarrar os sapatos (10); Necessita ajuda (5); Dependente (0)
Arruma-se	Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear-se, maquiagem-se, etc (10); Dependente (5)
Evacuar	Continência normal (10); Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessita de ajuda para administrar-se supositórios ou laxantes (5); Incontinência (0)
Micção	Continência normal, ou é capaz de cuidar da sonda (se faz uso de uma) (10); Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar de sonda (5) Incontinência (0)
Usar o sanitário	Independente para ir ao sanitário, arrumar-se e por a roupa (10);

	Necessita ajuda para ir ao sanitário, porém se limpa sozinho (5); Dependente (0)
Transferir-se	Independente para ir da cadeira a cama (15); Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo (10); Necessita grande ajuda, porém é capaz de manter-se sentado sozinho (5); Dependente (0)
Deambular	Independente, caminha sozinho 50 metros (15); Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros (10); Independente da cadeira de rodas sem ajuda (5); Dependente (0)
Subir e descer escada	Independente para descer e subir escadas (10); Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo (5) Dependente (0)
Grau de Dependência	Total (< 20); Grave (20-35); Moderado (40-55); Leve (60-95); Independente (100)

Quadro 4 - Variáveis de caracterização do grau de dependência para realização das Atividades Básicas de Vida Diária, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Nesse sentido, pressupõe-se a existência da associação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas) e a variável dependente (capacidade funcional das pessoas com plegias por AVE, mensurada pelo IB). Propõe-se nesse estudo o seguinte modelo esquemático. (Figura 4)



Fonte: Próprio pesquisador

Figura 4 - Modelo de associação das variáveis independentes na determinação da variável dependente.

5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Antes das atividades de campo, foram providenciados os materiais necessários ao estudo. Também, foi elaborado um manual de campo, para auxiliar os coletadores. Foi realizado um treinamento com os colaboradores (alunos do Projeto de Iniciação Científica/UEPB), no qual os instrumentos de pesquisa foram apresentados e explicados, buscando esclarecer dúvidas de aplicação do instrumento pelos pesquisadores (coletadores).

A estratégia para aproximação dos sujeitos e a coleta de dados foi à visita domiciliar, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável por cada micro-área. Foram realizadas duas visitas: uma para estabelecer contato, explicar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura dos participantes. Em seguida, foi agendada uma segunda visita aos sujeitos que aceitem participar da pesquisa para aplicação dos questionários.

5.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram implantados (em dupla entrada) em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows, e apresentados por meio de tabelas. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95% ($p < 0,05$).

Para análise dos dados sociodemográficos e dos escores do IB, utilizou-se a estatística descritiva. Para verificar o nível de significância entre associações dos aspectos sociodemográficos e capacidade funcional para as AVDs, foi utilizada a dicotomização das variáveis do IB (dependente=nível de incapacidade moderado, grave ou total; independente=

nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional), foi feita a comparação com as proporções das frequências por meio do teste de Qui-Quadrado. Porém, nas caselas menores que cinco, foi considerado o teste de Fisher.

A fidedignidade do questionário Índice de Barthel foi verificada por meio do teste Alfa de Cronbach, considerando o alfa total, correlação com itens corrigidos e alfa com itens deletados. Tal teste permite verificar a confiabilidade do instrumento, ou seja, a consistência interna.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que dispõem sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi assinado pelos participantes, e todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo e a não identificação como participante⁵⁰.

Foi registrado na PLATAFORMA BRASIL, após posterior aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Para manter o sigilo dos participantes utilizou-se o seguinte sistema de codificação (Quadro 5):

Sistema de codificação do sujeito de pesquisa					
SUJEITOS	CÓDIGOS	NÚMERO DA COLETA	HÍFEN	REFERÊNCIA DISTRITO SANITÁRIO	EXEMPLO
			<i>1, 2, 3... n</i>	-	<i>DI, DII, DIII, DIV, DV e DVI</i>
	SUJEITO A	1	-	DI	1-DI
	SUJEITO B	2	-	DII	2-DII
	SUJEITO C	3	-	DIII	3-DIII
	SUJEITO D	4	-	DIV	4-DIV
	SUJEITO E	5	-	DV	5-DV
	SUJEITO F	6	-	DVI	6-DVI

Quadro 5 - Sistema de codificação do sujeito de pesquisa, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está apresentada, conforme determina as normas internas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UEPB, por meio de um artigo científico original, o qual será submetido à avaliação por periódico qualificado e com impacto acadêmico e científico na área de saúde pública.

O Artigo 1, intitulado “Associação entre o perfil sociodemográfico e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico”, verifica a associação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico, respondendo aos objetivos dessa dissertação.

ARTIGO 1

ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS E A CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Michelinne Oliveira Machado Dutra

Alexsandro Silva Coura

RESUMO

Objetivos: verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. **Método:** estudo epidemiológico, censitário, transversal, quantitativo, com amostra de 118 idosos com plegias por acidente vascular encefálico, cadastrados em alguma das Unidades de Saúde da Família de Campina Grande/PB, Brasil. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares. Foram utilizados dois questionários, uma para avaliação das variáveis sociodemográficas e um

segundo, denominado Índice de Barthel, destinado à avaliação da capacidade funcional dos sujeitos para as Atividades de Vida Diária. A análise foi realizada utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. **Resultados:** houve predomínio de indivíduos do sexo feminino, viúvos, sem escolaridade e com renda familiar de até um salário mínimo. A média de idade foi de 65 anos. A fidedignidade do Índice de Barthel, Verificou satisfatória confiabilidade com Alfa de Cronbach total = 0,917. Correlação total de itens corrigidos > 0,4 e Alfa de Cronbach com item deletado > 0,8. As atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram micção e evacuar, com grau variando de Moderado para Total dependência, independente e grau de Leve dependência. Verificou-se associação entre a raça, faixa etária e escolaridade. **Conclusão:** constatou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Nesse sentido, acredita-se ter contribuído para a reflexão sobre essa problemática, contribuindo dessa forma para promoção do acesso dessas pessoas aos programas assistenciais de saúde.

Palavras-Chave: Idoso; Acidente Vascular Encefálico; Avaliação Geriátrica; Pessoas com Deficiência; Atividades Cotidianas; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objectives: verifying the associations between socio-demographic factors and the functional capacity of the elderly with plegias by cerebrovascular accident. **Method:** an epidemiological study, censitary, cross-sectional, quantitative, with 118 elderly with plegias by cerebrovascular accident, registered in any of the Family Health Units of Campina Grande/PB, Brazil. The data were collections in home interviews. There were used two questionnaires, one for assessment of the socio-demographic variables and a second, called Barthel Index for assessing the functional capacity of the subjects for the activities of daily life. The analysis was conducted using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0. **Results:** there was a predominance of women, widowed, without schooling and with household income of up to one minimum wage. The average age was of 65 years old. The Barthel index trust, it has been found satisfactory reliability with Cronbach's alpha total = 0,917. Total correlation of items corrected > 0,4 and Cronbach's Alpha with item deleted > 0,8. The activities in which there was greater difficulty of achievement were urination and evacuate, with degree ranging from Moderate to Total dependence, and degree of Mild dependency. It was found association between race, age and schooling. **Conclusion:** it was noted that the demographic factors may interfere with the functional capacity of the elderly with plegias by cerebrovascular accident. In this sense, is believed to have contributed to the reflection on this issue, contributing in this way to promoting these people access to health assistance programs.

Keywords: Aged; Stroke; Geriatric Assessment; Disabled Persons; Activities of Daily Living; Epidemiology.

Artigo Original

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, a população brasileira encontra-se em um processo de reestruturação demográfica, apresentando diminuição nas taxas de fecundidade, redução da mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Assim como em vários países, o Brasil passa por modificações das estruturas etárias, com consequente redução na proporção de crianças e jovens e crescimento no número de adultos e idosos em sua população.

Observa-se que entre os anos de 1970 e 2010 houve um crescimento progressivo no Índice de Envelhecimento brasileiro, que de 1970 a 1980 apresentou variação de 30,54%; de 1980 a 1991, de 32,26%, de 1991 a 2000 variou 37,42% e de 2000 a 2010, 55,11%².

No Brasil, a população idosa que já apresentava crescimento entre 1990 (7,2%) e 2010 (10%), apresentará magnitude de crescimento a partir de 2020, passando de 28,3 milhões (13,7%) para 52 milhões (23,8%) de idosos em 2040, representando quase um quarto de todos habitantes do país³.

Consequente, doenças próprias da velhice têm apresentado crescente prevalência na sociedade⁴. Dentre elas, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE), que pode ser conceituado como a interrupção do suprimento sanguíneo cerebral, devido a um extravasamento ou obstrução do vaso sanguíneo provocado por coágulos⁵. Entre os idosos, apresenta elevada incidência, tendo seu pico compreendido entre a sexta e sétima década de vida^{6,7}. No mundo, configura-se como a segunda causa de morte em adultos e a primeira causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diária⁵.

Dados procedentes de estudo prospectivo brasileiro apontam incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9% sendo o índice de recorrência após um episódio do AVE de 15,9%. Aproximadamente um ano após o primeiro AVE, a independência física (para 66% dos sobreviventes) e a ocupação (para 75% dos sobreviventes) são os domínios mais afetados⁸.

A sequela observada com maior frequência após o AVE é a motora⁹. Cerca de 85,2% dos sobreviventes apresenta algum grau de comprometimento motor. Em decorrência das sequelas apresentadas, os indivíduos na maioria das vezes exibem comprometimento da

capacidade para executar as atividades básicas de vida diária, tais como: alimentar-se, vestir-se, arrumar-se, tomar banho, usar o banheiro, e deambular⁶.

Portanto, como consequências do AVE, pode-se observar prejuízo na capacidade funcional dos sobreviventes^{10,11,12}. A capacidade funcional abrange a aptidão em manter as habilidades físicas e mentais para condução autônoma e independente da vida¹³. Nesse contexto, a capacidade funcional torna-se faceta relevante no planejamento e implementação de políticas inovadoras destinadas aos cuidados de idosos, voltadas à qualidade de vida.

Nesse sentido, pode-se avaliar a capacidade funcional por meio da dificuldade de realizar as atividades de vida diária, as quais abrangem as atividades básicas da vida diária (ABVDs) bem como as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As atividades de vida diária são definidas como atividades de autocuidado, por exemplo, alimentar-se, usar o banheiro. Desta forma, são atividades indispensáveis para a manutenção da vida com qualidade⁶.

O estudo é justificado mediante a possibilidade de colaborar para o exercício da assistência à saúde das pessoas com deficiência (PCD) e proporcionar elementos para a elaboração ou adequação de políticas públicas no intuito de assegurar a plena cidadania desses indivíduos, bem como, pela lacuna existente na literatura pesquisada, no tocante às pesquisas sobre Capacidade Funcional (CF) de idosos com plegias por AVE, fator que dificulta a assistência à saúde com ênfase no autocuidado.

Acreditando-se na premissa de que os fatores sociodemográficos podem interferir no nível de capacidade dos sujeitos realizarem ABVDs, objetivou-se: verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico.

MÉTODO

Estudo do tipo epidemiológico, censitário, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado em 2015, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

A população foi composta por idosos com plegias por AVE, residentes no município campinense. A amostra foi constituída por 118 idosos com plegias por AVE, cadastrados em alguma das 64 unidades de saúde da família (USF) da zona urbana existentes em Campina Grande. Salienta-se que não foi uma técnica de amostragem, sendo realizado um censo populacional. Nesse sentido, todos os 118 idosos com plegias por AVE existentes foram

incluídos na pesquisa, pois atenderam aos critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 60 anos, referir plegia decorrente de AVE e diagnosticada por um médico.

A estratégia para aproximação dos sujeitos e a coleta de dados foi a visita domiciliar, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável por cada microárea. Foram feitas duas visitas: uma para estabelecer contato, explicar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção da assinatura dos participantes. Nesse encontro, foi agendada uma segunda visita ao idoso que concordou participar para aplicação dos questionários I e II.

O questionário I foi utilizado para a investigação das variáveis sociodemográficas. O questionário II (Índice de Barthel) foi utilizado para avaliar a capacidade funcional dos participantes para as ABVDs: fazer a higiene, levantar-se da cama, vestir-se, alimentar-se, controlar bexiga e intestino, caminhar, subir escadas, utilizar banheiro, sentar-se numa cadeira e banhar-se. Cada item contém perguntas que receberam pontuação 5, 10 ou 15, conforme independência ou necessidade de ajuda para executar a atividade. O resultado global obedeceu a uma escala crescente que varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência, 60|-100 leve dependência, 40|-60 moderada dependência, 20|-40 grave dependência e <20 total dependência.

Os dados coletados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para o sistema operacional Windows, considerando significância estatística de 0,05. Para os dados sociodemográficos e os escores do Índice de Barthel, foram calculadas: frequências e médias; para verificar a fidedignidade do questionário Índice de Barthel, utilizou-se o Teste Alfa de Cronbach; para verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional para as ABVDs, comparou-se as proporções de frequência por meio do teste de Qui-quadrado e teste de Fisher.

Na realização dos testes, foi efetuada dicotomização das variáveis. Desse modo, os itens do Índice de Barthel foram considerados da seguinte maneira: dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob o CAAE: 26095713.6.0000.5187. Somente depois da aprovação, foi iniciada a coleta dos dados, sendo respeitados os direitos de sigilo, privacidade e de declinar, em qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de ônus.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos relativos à amostra. A maioria é do sexo feminino, com uma proporção de 1,07 mulheres para cada homem. Entre os 118 participantes, a idade variou entre 60 e 103 anos, com média de 65 anos; a maioria declarou-se não-branca (64,4%), com credo religioso (96,6%), com até o ensino fundamental 1 (80,5%), sem companheiro (61,1%) e com renda per capita de até dois salários mínimos (79,7%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	57	48,3
Feminino	61	51,7
Faixa etária		
60 - 70 anos	50	42,3
71 - 81 anos	37	31,4
82 - 92 anos	23	19,5
93 - 103 anos	8	6,8
Raça		
Parda	47	39,8
Branca	42	35,6
Negra	29	24,6
Religião		
Sem credo	4	3,4
Católico	77	65,3
Evangélico	36	30,5
Kardecista	1	0,8
Escolaridade		
Sem escolaridade	50	42,4
Fundamental 1	45	38,1
Fundamental 2	12	10,2
Médio	7	5,9

Superior	4	3,4
Estado civil		
Solteiro	16	13,6
Casado	42	35,5
União estável	4	3,4
Divorciado	12	10,2
Viúvo	44	37,3
Renda per capita		
1 salário mínimo*	50	42,4
2 salários mínimo	44	37,3
≥ 3 salários mínimo	24	20,3

Fonte: Dados da pesquisa. n=118; *Salário mínimo=R\$:788,00.

Teste de consistência interna do Índice de Barthel

A fidedignidade do questionário denominado Índice de Barthel foi verificada por meio do Teste de Cronbach, conforme a Tabela 2. Verificou-se satisfatória confiabilidade com Alfa de Cronbach total = 0,917. Correlação total de itens corrigidos > 0,4 e Alfa de Cronbach com item deletado > 0,8.

Tabela 2 - Questionário Índice de Barthel testado com o Alfa de Cronbach total, Correlação total de itens corrigidos e Alfa com item deletado. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Itens do Índice de Barthel	Correlação total de itens corrigidos	Alfa de Cronbach com item deletado	Alfa de Cronbach total
Comer	0,744	0,907	0,917
Lavar-se	0,812	0,909	
Vestir-se	0,828	0,900	
Arrumar-se	0,754	0,911	
Evacuar	0,492	0,918	
Micção	0,510	0,918	

Usar sanitário	0,874	0,897
Transferir-se	0,836	0,901
Deambular	0,737	0,912
Subir escada	0,692	0,908

Fonte: Dados da pesquisa

Capacidade Funcional para as atividades básicas de vida diária

As frequências da CF para as AVDs estão apresentadas na Tabela 3. Em termos percentuais, as atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram micção (73,8%) e evacuar (66,9%). Já as maiores independências foram constatadas nas atividades subir e descer escadas (44,1%) e lavar-se (39%).

Tabela 3 - Frequências das respostas nas atividades básicas da vida diária dos idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Atividades básicas da vida diária		N	%
Comer	Independente	15	12,7
	Ajuda	30	25,4
	Dependente	73	61,9
Lavar-se	Independente	46	39
	Dependente	72	61
Vestir-se	Independente	32	27,1
	Ajuda	25	21,2
	Dependente	61	51,7
Arrumar-se	Independente	42	35,6
	Dependente	76	64,4
Evacuar	Continência normal	11	9,3
	Acidente ocasional	28	23,8
	Incontinente	79	66,9
Micção	Continência normal	24	20,3
	Acidente ocasional	7	5,9
	Incontinente	87	73,8
Usar sanitário	Independente	38	32,2
	Ajuda	14	11,9

Transferir-se	Dependente	66	55,9
	Independente	26	22
	Pequena ajuda	10	8,5
	Grande ajuda	21	17,8
Deambular	Dependente	61	51,7
	Independente	45	38,1
	Ajuda	3	2,5
	Cadeirante	28	23,7
Subir escada	Dependente	42	35,7
	Independente	52	44,1
	Ajuda	36	30,5
	Dependente	30	25,4

Fonte: Dados da pesquisa; n = 118.

Conforme apresentado na Figura 1, 37,3% (n=44) dos escores médios dos sujeitos classificaram-se com grau variando de Moderado para Total dependência.

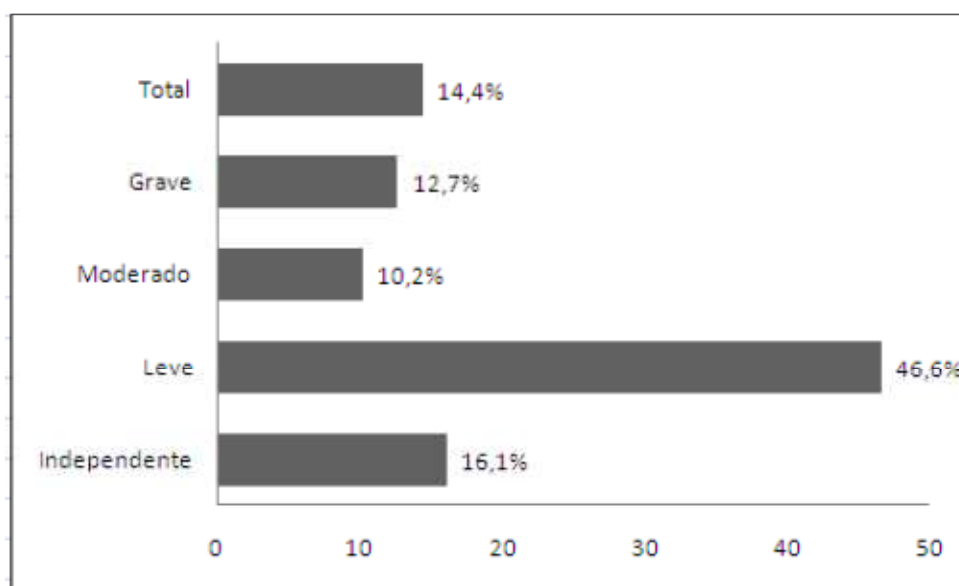


Figura 1. Distribuição dos escores médios de capacidade funcional dos idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Relação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional

Na Tabela 4, verificou-se que a raça ($p=0,027$), a faixa etária ($p=0,001$) e a escolaridade ($p=0,041$) são fatores sociodemográficos que estão associados com a capacidade funcional de idosos com plegias por AVE.

Tabela 4 - Associações entre o perfil sociodemográficos e a capacidade funcional dos idosos com plegia por AVE. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Variáveis sociodemográficas	Capacidade Funcional				χ^2 *	P
	Depend.		Independ.			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	18	31,6	39	68,4	3,133	0,077
Feminino	29	47,5	32	52,5		
Raça						
Branca	22	52,4	20	47,6	7,201	0,027
Parda	19	40,4	28	59,6		
Negra	6	20,7	23	79,3		
Faixa etária						
60 - 70 anos	11	22	39	78	17,298	0,001
71 - 81 anos	15	40,5	22	59,5		
82 - 92 anos	15	65,2	8	34,8		
93 - 103 anos	6	75	2	25		
Credo religioso						
Sem credo	1	25	3	75	0,380	0,477
Com credo	46	40,4	68	59,6		
Escolaridade						
< 10 anos	46	42,6	62	57,4	4,057	0,041
≥ 10 anos	1	10	9	90		
Estado civil						
Sem companheiro	30	41,7	42	58,3	0,260	0,610
Com companheiro	17	37	29	63		
Renda per capita						
1 salário mínimo *	19	38	31	62	4,171	0,124
2 salários mínimo	22	50	22	50		

≥ 3 salários mínimo 6 25 18 75

Fonte: Dados da pesquisa. Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; *Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

DISCUSSÃO

Entre os participantes do presente estudo houve predomínio do sexo feminino. Tal constatação difere do estudo realizado em diferentes serviços de saúde do município de Campinas/São Paulo, utilizando amostra de conveniência que avaliou a variável sexo entre os idosos com AVE e concluiu que eram predominantemente do sexo masculino¹⁴. O que pode ser explicado pela diferença entre as seleções das amostras dos estudos, visto que as relações existentes na literatura indicam que as mulheres são normalmente mais dependentes nas AVDs que os homens, embora elas possuam uma maior expectativa de vida de baixa qualidade^{6,13}.

No que se refere à idade, tem-se que a maioria dos participantes afirma idade média de 65 anos. Corroborado pelo estudo de Costa, Silva e Rocha¹⁰, cujo objetivo foi avaliar a capacidade funcional de indivíduos hemiplégicos após AVC, onde relata que tal doença exibe maior incidência em pessoas com idade avançada, período da vida em que se podem constatar grandes taxas de óbito e sequelas.

Ainda de acordo com as demais variáveis sociais, tem-se que a maioria se declarou sem companheiro, com baixa escolaridade e renda familiar. Tais resultados são preocupantes, uma vez que as consequências do AVE se estendem além da mobilidade, interferindo nas habilidades físicas e mentais dos indivíduos¹⁰. Trata-se muitas vezes de um idoso dependente que se torna parcial ou completamente dependente de outras pessoas, função essa exercida primordialmente pelo cônjuge, em busca de satisfazerem suas necessidades básicas¹⁴.

No que concerne às frequências da CF para as AVD's, constatou-se que as atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram micção e evacuar. O que diverge do resultado encontrado no estudo realizado no Rio grande do Sul, onde todos os participantes possuem continência intestinal normal, bem como pouco mais da metade apresenta continência normal da micção¹⁵.

Dificuldades nas eliminações provocam comprometimento da CF, bem como pode provocar situação de constrangimento para os indivíduos, provocando em vários casos, o

isolamento social¹⁶. A relação entre a incontinência urinária e o envelhecimento podem ser em partes esclarecidas por alterações na estrutura do músculo detrusor, tais como: desenvolvimento de fibrose e hipersensibilidade a norepinefrina o que provoca contrações involuntárias deste músculo¹⁷ (Solano, Scazufca, Menezes, 2012). Pois mesmo o surgimento da incontinência urinária sendo provocado pelo aumento da idade, não se pode relacioná-la a uma alteração fisiológica do idoso. Contudo, salienta-se que há diferenças na expectativa de vida no Brasil entre homens e mulheres. Esse fato conjuntamente com as alterações na estrutura do músculo detrusor, pode ser esclarecedor da grande prevalência de IU em mulheres idosas¹⁸.

Em relação à CF, constatou-se consideráveis percentuais de sujeitos classificados com graus de dependência leve e independente. Estudo sobre a capacidade funcional de idosos, após AVE isquêmico, realizado na cidade de Fortaleza/CE obteve resultado semelhante. O que requer dos cuidadores auxílio para realização das AVDs em busca de manter a CF dos idosos de acordo com as características individuais de cada situação, constituindo uma das mais importantes atribuições dos profissionais de saúde e cuidadores leigos¹⁹.

Ainda no que concerne à CF, outro estudo realizado com a escala de Kats e Lawton, com intuito de avaliar a habilidade funcional dos indivíduos com incapacidades decorrentes de AVE, constatou que a maioria dos idosos acometidos por AVE realiza suas atividades de vida diária de forma independente e autônoma¹⁶. Fato que sugere a realização de uma análise mais apurada em relação à forma de mensuração de cada escala, na busca de comparação dos resultados obtidos.

No tocante à associação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por AVE, foi observado resultado significativo nas variáveis faixa etária, raça e escolaridade. Resultado corroborado pelo estudo sobre a avaliação da capacidade funcional em idosos com AVE, que constatou a idade como inversamente proporcional a medida de independência funcional, ou seja, quanto maior a idade, menor foi a capacidade funcional apresentada pelos idosos¹⁴.

Com relação à raça, foi predominante a raça parda. Em estudo realizado na cidade de Montes Claros sobre a capacidade funcional em idosos e os fatores associados à incapacidade, constatou-se maior incidência de incapacidades nos idosos autodeclarados pardos²⁰. Achado que pode representar as peculiaridades regionais da população do estudo, com predominância de indivíduos pardos, residentes nos locais estudados²¹. Esses achados poderiam ser contribuídos pelas diferenças nas condições socioeconômicas entre etnias, o que em tese

favoreceria o perfil de morbidade dessa população, com conseqüente interferência na capacidade funcional desses sujeitos.

Com relação à escolaridade, uma pesquisa realizada com idosos da zona urbana de São Paulo, observou associação da escolaridade com a capacidade funcional de idosos²². A baixa escolaridade tem apresentado relação com a elevação da incidência de AVE, sobretudo quando associada a fatores socioeconômicos, culturais e limitação à informação, primordialmente por impedir o conhecimento no que concerne à saúde e adesão ao tratamento, bem como manutenção de hábitos saudáveis, ao passo que, um nível de escolaridade mais elevado converge para maior longevidade, melhor manutenção de estilos de vida relacionados às doenças cardiovasculares e maior probabilidade de reingresso ao mercado trabalho²³.

CONCLUSÃO

Os dados analisados permitem constatar que a maioria dos idosos com plegias por AVE do município de Campina Grande são mulheres, com baixas escolaridade e renda, com credo religioso, e sem companheiro. Ainda que os participantes tenham apresentando incapacidades em algumas variáveis, a amostra foi classificada como grau leve de dependência. Constatou-se associação entre as variáveis raça, faixa etária e escolaridade com a capacidade de realizar ABVD's. Assim, constata-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade funcional de idosos com plegias por AVE.

Como limitações do estudo pode-se apontar a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações, visto tratar-se de um estudo transversal. Ressalta-se que a escassez de estudos semelhantes impossibilitou uma comparação mais acurada dos dados obtidos.

Nesse sentido, acredita-se ter contribuído para a reflexão sobre essa problemática, contribuindo dessa forma para promoção do acesso dessas pessoas aos programas assistenciais desenvolvidos pela ESF, melhoria das condições de vida e saúde, bem como reprodutibilidade, por outros estudos, do método utilizado.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais 2001-2010 [acesso em 10 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 2 Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e Unidades Federativas no período de 1970-2010. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(3): 443-58.
- 3 Mendes ACG, Sá DA, Miranda MD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(5): 955-64.
- 4 Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54.
- 5 World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Acesso em: 24 Julho 2015. Disponível em <http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/images/CVD_Health/Global_CVD_Atlas.pdf>.
- 6 Oliveira ARS, Araújo TL, Costa AGS, Morais HCC, Silva VM, Lopes MVO. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2013; 47(5): 1143-49.
- 7 Lima ML, Santos JLF, Sawada NO, Lima LAP. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular cerebral e seus cuidadores em uma cidade do triângulo mineiro. *Rev. bras. epidemiol.* 2014; 17(2): 453-64.
- 8 Brasil. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde; 2013.
- 9 Pinter MM, Brainin M. Rehabilitation after stroke in older people. *Maturitas.* 2012; 71(2):104-8.
- 10 Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciência e Saúde Coletiva.* 2011; 16 (1): 1341- 48.
- 11 Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry.* 2011; 82(10): 1074-1082.
- 12 Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial problems , quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke.* 2010; 41(12): 2932-37
- 13 Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(3):468-78.

- 14 Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22(5): 666-72.
- 15 Rizzetti DA, Trevisan CM. Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de seqüelas de avc participantes do projeto de hidrocinesioterapia aplicada às patologias neurológicas do idoso. *Rev. Cent. Ciênc. Saúde.* 2008 34(1-2): 32-36.
- 16 Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 17 Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. *Ver. bras. epidemiol.* 2011; 14(1): 75-85.
- 18 Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad. saúde pública.* 2009; 25(8): 1756-62
- 19 Vieira CPB, Fialho AVM, Almeida PC, Moreira TMM. Idosos com Acidente Vascular Encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. *Rev Rene.* 2012; 13(3): 522-30.
- 20 Barbosa RB, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi- Barbosa LAR. Avaliação da Capacidade funcional de idosos e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(8): 3317-25.
- 21 Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007 65(3B): 752-7.
- 22 Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. saúde pública.* 2003 37(1): 40-8.
- 23 Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J.* 2006; 47(3): 213-8.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados no estudo apontam o sexo feminino, a baixa escolaridade e renda, presença de credo religioso e ausência de companheiro. A amostra foi classificada como grau leve de dependência, ainda que tenham apresentado incapacidades em algumas variáveis, sobretudo, constatou-se associação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por AVE.

Nesse sentido, acredita-se na contribuição do estudo para fomento de reflexão sobre a problemática posta em questão, colaborando desse modo para o favorecimento no acesso desses indivíduos aos programas de saúde desenvolvidos no âmbito da saúde pública, no intuito de proporcionar melhoria das condições sociodemográficas que estão relacionadas à capacidade funcional dos idosos, bem como reprodutibilidade, por outros estudos, do método utilizado.

Como limitações do estudo pode-se apontar a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações, visto tratar-se de um estudo transversal. Ressalta-se que a escassez de estudos semelhantes impossibilitou uma comparação mais acurada dos dados obtidos.

Julga-se ainda promover benefícios no processo de formação e capacitação de recursos humanos para a saúde, visto que, o conhecimento gerado poderá servir de referência para a reformulação de projetos pedagógicos na área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Araújo I, Paúl C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(4): 869-75.
2. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Rev. Panam Salud Public*. 2009; 25(1): 9-15.
3. Brasil. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde; 2013.
4. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Acesso em: 24 Julho 2015. Disponível em <http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/images/CVD_Health/Global_CVD_Atlas.pdf>.
5. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16 (1): 1341- 48.
6. Ingall T. Stroke incidence, mortality, morbidity and risk. *Journal of Insurance medicine*. 2004; 36 (2): 143-52.
7. Pires SL, Gagliardi RJ; Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral em idosos. *Arq. neuropsiquiatr*. 2004; 62(3): 844-51.
8. Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta paul. enferm*. 2009; 22(5): 666-72.
9. Vieira CPB, Fialho AVM, Almeida PC, Moreira TMM. Idosos com Acidente Vascular Encefálico isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional. *Rev Rene*. 2012; 13(3): 522-30.
10. Burton CR, Payne S, Addigton-Hall, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age and ageing*, 2010; 39(5): 554-9.
11. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Júnior WHR, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(6): 933-9.
12. Lenardt MH, Carneiro NHK. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Acta paul. enferm*. 2013; 18(1): 13-20.
13. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. latinoam. enferm*. 2010; 18(1): 11-17.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2 ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
16. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de outubro de 2003. Seção 1.
17. Nasri, F. 2008. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein; 6 (supl): s4-s6.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais 2001-2010 [acesso em 10 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
19. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e Unidades Federativas no período de 1970-2010. Rev. bras. geriatri. gerontol. 2012, 15 (3): 443-58.
20. Wong LR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 2006; 23(1): 5-26.
21. Mendes ACG, Sá DA, Miranda MD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. saúde pública. 2012; 28(5): 955-64.
22. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev. saúde pública. 2009; 43(3): 548-54.
23. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
24. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. saúde pública. 2003; 19(3): 725-33.
25. Leno C, Berciano J, Combarros O, Polo JM, Pascual J, Quintana F, et al. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. Stroke. 1993; 24(6): 792-95.
26. Sacco RL, Hauser WA, Mohr JP. Hospitalized stroke in Blacks and Hispanics Northern Manhattan. Stroke. 1991; 22(12): 1491-96.
27. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. Neuroepidemiology. 2008; 30(4): 205-6.
28. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke [Internet]. Geneva: WHO; 2008. Acesso em: 14 maio 2014. Disponível em: www.who.int/cardiovascular_disease/en/cvd_15_burden_stroke.pdf.

29. Abe ILM. Prevalência de acidente vascular cerebral em área de exclusão social na cidade de São Paulo, Brasil: utilizando questionário validado para sintomas. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
30. Minelli C, Fen LF, Minelli DPC. Stroke incidence , prognosis, 30-day, and 1 year case fatalites rates in Matão, Brazil: a population-based prospective study. *Stroke*. 2007; 38(11): 2906-11.
31. Carod-Artal FJ, Eqido JA, González JL, Varela de Sejas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*. 2000; 31(12): 2995-3000.
32. Kling C, Waszynski CM. Topics in neurologic care. In Molony SL, Waszynski CM, Lyder CH, organizeres. *Gerontological nursing: an advanced practice approach*. Stamford (CT): Appleton e Lange; 1999.
33. Pinter MM, Brainin M. Rehabilitation after stroke in older people. *Maturitas*. 2012; 71(2):104-8.
34. Hendricks HT, Limbeek J, Geurts AC, Zwarts MJ, Motor recorvery after Stroke: a systematic review of the literature. *Arch. phys. med. rehabil*. 2002; 83(1): 1629-37.
35. Cesário CMM, Penasso P, Oliveira APR. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista neurociênc*. 2006; 14(1): 6-9.
36. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.
37. Bressan LA. O desempenho funcional do idoso com demência. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Medicina] – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
38. Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J. neurol., neurosurg. psychiatry*. 2011; 82(10): 1074-1082.
39. Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke*. 2010; 41(12): 2932-37.
40. Baillet A, Vaillant M, Guinot M, Juvin R, Gaudin P. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2012; 51:519-27.
41. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Re. Esc. Enf. USP*. 2006; 41(2): 317-25.

42. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
43. Kuçukdeveci AA, Tennant A, Elhan AH, Niyazoglu H. Validation of the Turkish version of the Roland Morris Disability Questionnaire for use in low back pain. *Spine*. 2001; 26(1): 2738-43.
44. José CMC, Javier T, Salvador PF, Isabel GA, Trinidad L, Teresa FA, Ana M. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 50(3): 306-10.
45. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186.
46. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
47. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. serv. saúde*. 2003; 12(4): 189-201.
48. Richadson RJ, Peres JAS, Wanderley JCV, Correia LM, Peres, MHM. *Pesquisa social- Métodos e Técnicas*. São Paulo. Atlas; 1999.
49. Marconi LA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2006.
50. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 de Jun 2013; Seção 1.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO II - ÍNDICE DE BARTHEL

Número do questionário: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/____.

Parâmetro	Atividades básicas da vida diária	Pontuação
Comer	Totalmente independente	10
	Necessita ajuda para cortar carne, pão, etc.	5
	Dependente	0
Lavar-se	Independente: entra e sai sozinho do banho	5
	Dependente	0
Vestir-se	Independente: capaz de vestir-se e retirar a roupa, abotoar-se, amarrar os sapatos	10
	Necessita ajuda	5
	Dependente	0
Arruma-se	Independente para lavar o rosto , as mãos, pentear-se, barbea-se, maquiar-se, etc	10
	Dependente	5
Evacuar	Continência normal	10
	Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessita de ajuda para administrar-se supositórios ou laxantes	5
	Incontinência	0
Micção	Continência normal, ou é capaz de cuidar da sonda se faz uso de uma	10
	Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar de sonda	5
	Incontinência	0
Usar o sanitário	Independente para ir ao sanitário, arrumar-se e por a roupa	10
	Necessita ajuda para ir ao sanitário, porém se limpa sozinho	5
	Dependente	0

Transferir-se	Independente para ir da cadeira a cama	15
	Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo	10
	Necessita grande ajuda, porém é capaz de manter-se sentado sozinho	5
	Dependente	0
Deambular	Independente, caminha sozinho 50 metros	15
	Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros	10
	Independente da cadeira de rodas sem ajuda	5
	Dependente	0
Subir e descer escada	Independente para descer e subir escadas	10
	Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo	5
	Dependente	0

Pontuação máxima: 100 pontos (90 se estiver em cadeira de rodas)	
Resultado	Grau de dependência
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
60-95	Leve
100	Independente

Pontuação Total: _____

Crítica: _____

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

Eu, MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA, aluna do mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, comprometo-me em cumprir integralmente as normas da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR

Campina Grande, ___ de _____ de ____.

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ANEXO B

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: **“PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”**, desenvolvido pelo Kaió Keomma Aires Silva Medeiros, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. Alexandre Silva Coura.

Campina Grande, 10 de Dezembro de 2013.

Raquel Lula

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER DO RELATOR 4:

Número do parecer: 26095713.6.0006.5187

Data da relatoria: 17 de dezembro de 2013.

Pesquisador Responsável: Alessandro Silva Coura

Orientando: Alex do Nascimento Alves, Anny K. Trajano Diniz.

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado "Prevalência de fatores de risco associados para diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial sistêmica em idosos com sequelas por acidente vascular encefálico".

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: verificar a prevalência dos fatores de risco associados para Diabetes Mellitus do tipo II e a Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos com sequelas por acidente vascular encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a justificativa e os aportes técnicos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explicitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizado um estudo epidemiológico, transversal, com abordagem quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos encontram-se devidamente anexados.

Recomendações: No texto utilizar o termo "Participantes da Pesquisa" e não sujeitos, conforme o que preconiza a resolução atinente à matéria. Recomenda-se ainda acrescentar os desfechos primários da pesquisa.

Situação do Parecer: Aprovado

ANEXO E- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO



Revista Brasileira de Epidemiologia

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#)
[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #152532 > **Resumo**

#152532 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão


Autores	MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA, ALEXSANDRO SILVA COURA, INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA, BERTHA CRUZ ENDERS, MAYARA ARAÚJO ROCHA
Título	ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
Documento original	152532-753057-2-SM.DOC 2015-07-27
Docs. sup.	152532-753066-1-SP.DOC 2015-07-27 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Sra. MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA
Data de submissão	julho 27, 2015 - 11:16
Seção	Artigos Originais
Editor	Nenhum(a) designado(a)
Comentários do Autor	<p>Caro Editor,</p> <p>Submeto o artigo intitulado "Associação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de idosos com plegias por acidente vascular encefálico" para análise e parecer da Revista.</p> <p>Att,</p> <p>Micheline Dutra</p>

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2015-07-27
Última alteração	2015-07-27

APÊNDICES

**APÊNDICE A – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS COM PLEGIAS
POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

 <p align="center">UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA</p>		
<p>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO</p>		
<p><i>FORMULÁRIO-I</i></p>		
<p>CÓDIGO: _____</p>	<p>DATA: __/__/__</p>	<p>RESPONSÁVEL: _____</p>
<p>1. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino -1 <input type="checkbox"/> Feminino -2</p> <p>2. Idade: _____ (anos)</p> <p>3. Religião <input type="checkbox"/> Sem credo religioso -1 <input type="checkbox"/> Católico - 2 <input type="checkbox"/> Evangélico -3 <input type="checkbox"/> Kardecista - 4 <input type="checkbox"/> Umbandista - 5 <input type="checkbox"/> Outras - 6 Qual? _____</p> <p>4. Etnia <input type="checkbox"/> Branca -1 <input type="checkbox"/> Não branca - 2</p> <p>5. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Até 11 anos de estudos – 1 <input type="checkbox"/> Mais de 11 anos de estudos – 2 <input type="checkbox"/> Analfabeto(a) – 3</p> <p>6. Nível Socioeconômico <input type="checkbox"/> Sem rendimentos – 1 <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo – 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos – 3 <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos – 4 <input type="checkbox"/> Mais de 3 salários mínimos – 5</p> <p>7. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro - 1 <input type="checkbox"/> Casado - 2 <input type="checkbox"/> Viúvo - 3 <input type="checkbox"/> Divorciado - 4 <input type="checkbox"/> União Estável - 5</p> <p>8. O(a) Sr.(a) tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim (em caso positivo, quantos?) _____ - 1 <input type="checkbox"/> Não - 2</p> <p>9. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? _____ pessoas</p> <p>10. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são: <input type="checkbox"/> Esposo(a)/companheiro(a) - 1 <input type="checkbox"/> Pais - 6 <input type="checkbox"/> Filhos - 2 <input type="checkbox"/> Filhas - 7</p>		

() *Irmãos/irmãs* - 3

() *Netos(as)* - 8

() *Outros parentes* - 4

() *Amigos* - 9

() *Empregado(a)* - 5

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, _____ do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL SOCIOECONÔMICO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”**, e necessito do seu consentimento para que eu possa realizar o estudo. Para tanto, esclareço:

- A você – o(a) voluntário(a)- só caberá à autorização para a utilização das informações coletadas durante a pesquisa;
- A mim -o pesquisador- caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, respeitando o sigilo das suas informações, e, posteriormente, a publicação dos resultados à comunidade científica;
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como placebo, haja vista não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico;
- O(A) voluntário(a) poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, a qualquer momento não havendo penalização ou prejuízo para o mesmo;
- Não haverá qualquer ônus financeiro aos participantes e qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos.
- Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, você terá livre acesso as informações coletadas durante sua entrevista;
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, você poderá me contatar no número (83) _____. Poderá, também, entrar em contato, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Uma vez lido e entendido tais esclarecimentos e por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, solicito seu consentimento.

Campina Grande, ____ de _____ de 2015.

Sujeito de Pesquisa

Assinatura Datiloscópica

(polegar direito)



Pesquisador responsável:
