

A FUNCIONALIDADE DE SUJEITOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO CONFORME AS DIMENSÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE

Mariama Ribeiro de Carvalho(1) Danyelle Nóbrega de Farias(1) Kátia Suely Queiroz Silva
Ribeiro(4)

Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde a prevalência mundial de AVE na população geral é estimada entre 0,5% a 0,7% e sua incidência dobra a cada década após os 55 anos de idade; é a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasiona ao indivíduo. **Objetivo:** Verificar a prevalência das dimensões da CIF em uma amostra de sujeitos pós-AVE. **Metodologia:** estudo transversal, envolvendo 152 sujeitos com diagnóstico de AVE em João Pessoa-PB. **Resultados:** as funções do corpo, segundo a CIF, que apresentaram as maiores prevalências foram: atenção, memória, força e tônus muscular, vestibulares. No domínio atividade e participação destacaram-se: realização de tarefas domésticas, deslocar-se, preparo de refeições, rotina diária e cuidado das partes do corpo. No domínio fatores ambientais destacou-se como barreiras: geografia física, produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso público e privado. Já nos fatores ambientais como facilitadores foi encontrado: família imediata, profissionais de saúde, Produtos ou substâncias para consumo e uso pessoal na vida diária. **Conclusão:** O comprometimento das dimensões da CIF revela a funcionalidade do sujeito pós-AVE e, conseqüentemente a importância da equipe multiprofissional e do cuidador para o sujeito acometido. **Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Classificação Internacional de Funcionalidade, Equipe Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por mudanças importantes no seu perfil etário, com o aumento no número de pessoas com 60 anos ou mais. Paralelo a isso, as doenças crônico-degenerativas estão cada vez mais prevalentes. Entre as mais importantes doenças crônicas está o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a forma mais comum de manifestação de doença cerebrovascular.

O AVE é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas

relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro. Os déficits apresentados após o acidente vascular incluem alterações nas funções motoras, sensitivas, cognitivas, perceptivas e da linguagem.

Na avaliação de indivíduos com déficit pós-AVE, devem ser incluídos instrumentos que sejam capazes de verificar o desempenho na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como uma ferramenta de avaliação importante. A CIF baseia-se em um modelo de funcionalidade que pode ser chamado de modelo biopsicossocial.

A CIF é dividida em duas partes, cada uma com dois componentes: Funcionalidade e Incapacidade (Funções do Corpo e Estruturas do Corpo; Atividades e Participação); e Fatores Contextuais (Fatores Ambientais, Fatores Pessoais).

De acordo com a CIF, as Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). E as suas Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. Já no que diz respeito a Atividade trata-se da execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; e a Participação o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. E as Limitações da atividade, são as dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de tarefas; e as Restrições de participação os problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida (OMS, 2003).

Para estruturar a sua classificação, a CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras b, s, d, e, são utilizadas para indicar Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais respectivamente. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada) (ARAÚJO, 2008).

Os códigos estão completos com a presença do “qualificador”, que indica a magnitude do nível de saúde. Os qualificadores são representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto. O qualificador dá sentido ao código, indicando, por exemplo, o grau de perda funcional, estrutural ou o grau de perda de capacidade. Os qualificadores também permitem que se classifiquem as barreiras e os facilitadores, mostrando o impacto dos fatores ambientais e sociais na função, quando o indivíduo tem alguma alteração no estado de saúde. Os qualificadores se dividem em xxx.0 NÃO há problema(nenhum, ausente, insignificante) 0-4%; xxx.1 Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...) 5-24%; xxx.2 Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%; xxx.3 Problema GRAVE (grande, extremo, ...) 50-95%; xxx.4 Problema

COMPLETO (total,)96-100%; xxx.8 não especificado; xxx.9 não aplicável,(onde xxx significa o número de domínio de segundo nível (ARAÚJO, 2008).

Moriello et al apud Campos demonstrou em seu estudo que a CIF pode identificar a maioria dos itens relacionados às medidas do estado funcional da Escala de Impacto do AVE (Stroke Impact Scale– SIS-16).

Espera-se com o trabalho identificar as prevalências das dimensões de funcionalidade em uma amostra de sujeitos pós-AVE no município de João Pessoa-PB, a partir dos domínios da CIF e com o estudo fornecer informações que viabilizem o planejamento de Políticas Públicas de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, envolvendo sujeitos com idade acima de 18 anos e diagnóstico de AVE no município de João Pessoa/PB. A malha amostral foi montada a partir de listas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 193 sujeitos de ambos os sexos, acometidos por AVE nos cinco anos que antecederam a coleta e que estavam vinculados às Unidades de Saúde da Família da área urbana do município.

O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n= tamanho amostral mínimo; Z= variável reduzida; P= probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; Q= 1-P; d= precisão desejada. Adotou-se p= 50%, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e a precisão almejada para o estudo de 10%. Com base nesse critério, a amostra mínima prevista calculada foi de 165 sujeitos, estimando-se as perdas amostrais em 10%. No entanto, após visita a todos os sujeitos, foram entrevistados efetivamente o número de 152, pelo fato de que nas listas constava uma quantidade significativa de usuários que não se adequavam aos critérios de inclusão por não ter diagnóstico de AVE, apresentar tempo de acometimento superior a cinco anos ou terem ido a óbito.

A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário estruturado que contempla questões relativas ao perfil socioeconômico e clínico da pessoa com AVE. Questões relativas às funções do corpo, Atividade e Participação, e Fatores Ambientais, segundo a CIF também foram utilizadas.

Para viabilizar a utilização da CIF possível nesta pesquisa, elegeram-se domínios tomando como referência o *Core set* de AVE, visando levantar as principais dimensões afetadas nos usuários acometidos. O *core set* refere-se a itens essenciais a serem levantados em uma determinada condição de saúde específica. Em casos onde os sujeitos apresentaram déficit cognitivo e/ou de fala, os dados foram conseguidos por meio do cuidador, ou outro informante importante.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre julho de 2011 a novembro de 2012.

A entrada de dados, o controle de qualidade e o processamento dos mesmos ocorreu por meio do programa Epi Info™. Foram calculadas as frequências das dimensões da CIF visando estimar a prevalência das mesmas entre os sujeitos.

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa foi composta por 152 indivíduos, distribuídos de forma homogênea entre homens e mulheres, com prevalência nas faixas etárias dos 60 anos ou mais, em união estável. A maioria afirmou ser alfabetizada, e declarou ter renda compreendida entre 1 e 2 salários mínimos.

Tabela 1 – Prevalência de comprometimento nas funções do corpo entre a amostra (n= 152).

| FUNÇÕES DO CORPO | GRAU DE COMPROMETIMENTO (%) | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | <i>LEVE</i> | <i>MODERADO</i> | <i>GRAVE</i> | <i>COMPLETO</i> |
| <i>Atenção</i> | 8,6 | 7,2 | 5,3 | 38,8 |
| <i>Memória</i> | 2,0 | 14,5 | 17,8 | 33,6 |
| <i>Força muscular</i> | 13,8 | 20,4 | 19,7 | 11,8 |
| <i>Vestibulares</i> | 17,8 | 17,1 | 27,0 | 9,9 |
| <i>Tônus muscular</i> | 23,0 | 14,5 | 9,2 | 8,6 |
| <i>Sexuais</i> | 7,9 | 2,0 | 8,6 | 7,9 |
| <i>Consciência</i> | 15,1 | 13,2 | 12,5 | 7,2 |
| <i>Emocionais</i> | 13,8 | 24,3 | 23,0 | 5,9 |
| <i>Urinárias</i> | 9,2 | 6,6 | 5,3 | 5,9 |
| <i>Mentais de linguagem</i> | 7,2 | 10,5 | 12,5 | 5,9 |

| | | | | |
|---------------------------------------|------|------|------|-----|
| <i>Defecação</i> | 8,6 | 9,9 | 11,2 | 5,3 |
| <i>Controle voluntário</i> | 10,5 | 7,9 | 13,8 | 5,3 |
| <i>Proprioceptiva</i> | 8,6 | 8,6 | 7,9 | 3,9 |
| <i>Tátil</i> | 7,2 | 13,2 | 7,9 | 3,6 |
| <i>Orientação</i> | 17,8 | 9,2 | 4,6 | 2,6 |
| <i>Sensação de dor</i> | 11,8 | 13,8 | 22,4 | 1,3 |
| <i>Estabilidade das articulações</i> | 17,1 | 5,9 | 4,6 | 1,3 |
| <i>Percepção</i> | 15,1 | 17,8 | 8,6 | 0,7 |
| <i>Auditivas</i> | 5,9 | 6,6 | 6,6 | 0,7 |
| <i>Reflexos de mov. involuntários</i> | 8,6 | 11,8 | 5,9 | 0,7 |
| <i>Visão</i> | 10,5 | 13,8 | 13,2 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011- 2012

Conforme apresentado na tabela 1, foi verificado que praticamente todas as funções do corpo foram afetadas simultaneamente nos quatro graus de comprometimento investigados, exceto a função de visão, onde nenhum sujeito da pesquisa declarou ter tido comprometimento completo. As funções com maiores prevalência de comprometimento completo foram: a de atenção (38,8%), a da memória (33,6%), a de força muscular (11,8%), as vestibulares (9,9%) e a do tônus muscular (8,6%).

A CIF classifica as Funções da atenção como funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário, e as Funções da memória como, específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário.

Os achados referentes à força muscular (11,8%), funções vestibulares (9,9%) e tônus muscular (8,6%) revelam graus de dificuldade motora importante, uma vez que podem juntas ou independentes comprometer a execução e Amplitude de Movimento (ADM), além de algumas ações como a de locomover-se, ou fazer o preparo de suas refeições.

As Funções da força muscular são aquelas relacionadas com a força gerada pela contração de um músculo ou de grupos musculares. As Funções do tônus muscular, por sua vez, são explicadas como a tensão presente na musculatura em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente; já as vestibulares são funções sensoriais do ouvido interno relacionadas com a posição, equilíbrio e movimento.

Ainda sob o domínio funções do corpo, um dado relevante verificado é que não ocorre o comprometimento completo da visão. Machado (2000) explica que a parte do hemisfério cerebral responsável pela visão é o lobo occipital (sulco calcarino, área 17 de Brodmann), e que a visão para ser afetada completamente seria necessário o acometimento dos dois hemisférios, o que não se verificou entre os entrevistados, já que nenhum relatou cegueira completa após AVE, ou seja, nenhuma prevalência de comprometimento completo.

Tabela 2 – Prevalência de comprometimento nas atividades e participação entre a amostra (n= 152).

| ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO | GRAU DE COMPROMETIMENTO (%) | | | |
|--|-----------------------------|----------|-------|----------|
| | LEVE | MODERADO | GRAVE | COMPLETO |
| Realização de tarefas domésticas | 5,9 | 8,6 | 17,8 | 33,6 |
| Deslocar-se | 2,6 | 21,7 | 23,0 | 31,6 |
| Preparação de refeições | 5,9 | 4,6 | 15,1 | 29,6 |
| Realizar rotina diária | 7,9 | 9,9 | 19,1 | 28,3 |
| Cuidado das partes do corpo | 8,6 | 9,2 | 24,3 | 25,7 |
| Uso fino da mão | 7,9 | 11,8 | 25,0 | 23,7 |
| Uso da mão e do braço | 9,2 | 14,5 | 19,1 | 22,4 |
| Lavar-se | 7,9 | 10,5 | 23,0 | 21,7 |
| Recreação e lazer | 9,2 | 12,5 | 25,0 | 21,1 |
| Andar | 13,2 | 19,7 | 23,7 | 20,4 |
| Vestir-se | 9,9 | 19,7 | 22,4 | 20,4 |
| Deslocar-se por diferentes locais | 6,6 | 19,7 | 32,9 | 18,4 |
| Escrever | 8,6 | 4,6 | 12,5 | 15,8 |
| Conseguir, manter e sair de um emprego | 1,3 | 5,3 | 11,2 | 15,8 |
| Utilização de transporte | 14,5 | 16,4 | 27,0 | 15,1 |
| Vida comunitária | 6,6 | 9,2 | 16,4 | 15,1 |
| Calcular | 8,6 | 7,2 | 11,2 | 12,5 |
| Dirigir | 0,7 | 2,6 | 6,6 | 12,5 |
| Comer | 10,5 | 10,5 | 11,2 | 12,5 |
| Conversação | 9,2 | 5,9 | 18,4 | 11,8 |

| | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Mudar a posição básica do corpo | 16,4 | 18,4 | 23,0 | 10,5 |
| Ler | 5,3 | 5,3 | 12,5 | 9,9 |
| Beber | 12,5 | 7,9 | 11,2 | 8,6 |
| Deslocar-se utilizando algum equipamento | 8,6 | 7,2 | 15,1 | 7,9 |
| Manter a posição do corpo | 15,8 | 17,8 | 24,3 | 7,2 |

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011- 2012

No tocante a atividade e participação, as cinco de maiores prevalência foram: a realização de tarefas domésticas (33,6%), deslocar-se (31,6%), preparação de refeições (29,6%), realizar rotina diária (28,3%) e cuidado das partes do corpo (25,7%).

A CIF considera que atividade e participação resultam da interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (ARAÚJO, 2008).

A rotina diária consiste na realização de ações simples e complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia. Após um episódio de AVE, pelo menos dois terços das pessoas acometidas permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes, principalmente para falar, deambular, ver ou sentir e, por vezes, são incapacitados para exercerem suas atividades de vida diária.

No cuidado com as partes do corpo, Perlini e Faro (2005), referem em seu estudo, que os cuidadores apresentam como dificuldade em seus familiares a higienização, apresentando dificuldade principalmente para lavar os cabelos, algumas partes do corpo e realizar a higiene oral.

Tabela 3 – Prevalência de fatores ambientais declarados como barreiras entre a amostra (n= 152).

| FATORES AMBIENTAIS | BARREIRA (%) | | | |
|--|--------------|----------|-------|----------|
| | LEVE | MODERADO | GRAVE | COMPLETO |
| Geografia física | 6,6 | 12,5 | 23,7 | 2,0 |
| Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso público | 2,0 | 5,9 | 14,5 | 0,7 |
| Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso privado | 2,6 | 5,9 | 14,5 | 0,7 |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| Produtos ou substâncias para consumo pessoal | 2,0 | 2,6 | 4,6 | 0 |
| Amigos | 5,3 | 2,0 | 3,9 | 0,7 |
| Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 4,6 | 2,6 | 3,9 | 0,7 |
| Profissionais de saúde | 4,6 | 3,3 | 2,6 | 0,7 |
| Família imediata | 2,6 | 3,9 | 2,0 | 0,7 |
| Família ampliada | 4,6 | 6,6 | 1,3 | 1,3 |
| Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | 1,3 | 0,7 | 1,3 | 0,7 |
| Produtos e tecnologia para comunicação | 0 | 0,7 | 1,3 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011- 2012

Na tabela 3 podemos observar que o reconhecimento dos fatores ambientais como barreiras foi menor em termos de prevalências do que os graus de comprometimento representados pelas funções de atividades e participação. As barreiras mais prevalentes declaradas como graves foram a geografia física (23,7%), produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso público (14,5%) e produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso privado (14,5%).

As barreiras arquitetônicas de uso público constituem o ambiente do indivíduo, no interior ou no exterior, feito pelo homem, planejado, projetado e construído para edifícios de utilização pública; já as contruídas para uso privado são de utilização particular. Estudo realizado por Siqueira et al (2009) realizado em Unidades Básicas de Saúde de 41 municípios do Brasil, identificou como barreiras a inadequação do prédio para acesso de pessoas com deficiência, existência de degraus e ausência de rampas alternativas, calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas, falta de corrimão nos corredores e de banheiros adaptados.

Resultados de estudo realizado por Garanhani (2010) sugere que existe falta de informação e conhecimento da população quanto às leis que estão em vigor e que asseguram os direitos às pessoas com deficiência. Argumentam, ainda, a possibilidade de que estas pessoas sabem da existência da lei e não lutam para que seus direitos se efetivem.

Tabela 4 – Prevalência de fatores ambientais declarados como facilitadores entre a amostra (n= 152).

| | |
|---------------------------|--|
| FATORES AMBIENTAIS | |
|---------------------------|--|

| | FACILITADOR (%) | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | <i>LEVE</i> | <i>MODERADO</i> | <i>GRAVE</i> | <i>COMPLETO</i> |
| Produtos ou substâncias para consumo pessoal | 5,9 | 22,4 | 50,0 | 7,2 |
| Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária | 3,9 | 11,8 | 22,4 | 7,2 |
| Produtos e tecnologia para comunicação | 7,2 | 21,1 | 15,1 | 0,7 |
| Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso público | 4,6 | 19,1 | 38,2 | 2,6 |
| Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios de uso privado | 4,6 | 20,4 | 36,8 | 2,0 |
| Geografia física | 6,6 | 17,1 | 21,1 | 3,3 |
| Família imediata | 5,3 | 11,8 | 43,4 | 20,4 |
| Família ampliada | 16,4 | 7,9 | 17,1 | 5,3 |
| Amigos | 17,8 | 17,1 | 22,4 | 2,6 |
| Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade | 17,8 | 17,1 | 18,4 | 1,3 |
| Profissionais de saúde | 9,9 | 20,4 | 44,1 | 11,8 |

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011- 2012

Na tabela 4 observou-se que os fatores ambientais considerados como facilitadores, foram a família imediata (20,4%), os profissionais de saúde(11,8%), Produtos ou substâncias para consumo pessoal (7,2%) e Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (7,2%).

A presença e a força da família no processo de reabilitação e reinserção destas pessoas na sociedade são imprescindíveis, para auxiliar e dar continuidade no processo do cuidar. Esse processo de cuidado inicia-se em alguns casos de maneira abrupta e é executado por pessoas sem o devido preparo. Assim, emergem diversos questionamentos e dificuldades quanto aos cuidados da pessoa com déficit após AVE, tais como: alimentação e nutrição, administração de medicamentos, complicações clínicas (falta de ar, convulsão), medo de não saber cuidar, higiene corporal e oral. A família é o alicerce da recuperação do paciente e a ponte entre ele e os serviços de saúde especializados, como citado por Andrade et al (2009).

Um ponto importante na recuperação do paciente também está no auxílio dos profissionais de saúde, na necessidade de uma equipe multiprofissional, onde a pessoa após o AVE possa obter

atendimento especializado e com isso apresentar uma recuperação mais rápida e com menores déficits.

A atenção fisioterapêutica é essencial para a reabilitação de forma integral, fazendo-se necessário a avaliação fisioterapêutica e a aplicação das técnicas condizentes com o estado clínico do paciente. A importância de entender que a CIF em todos os aspectos, identifica as áreas que estão sendo acometidas do indivíduo com sequela de AVE torna mais fácil traçar metas e objetivos, e além disso, orientar um tratamento mais efetivo.

Cabe ressaltar que esse tratamento costuma envolver outras categorias profissionais, a exemplo do terapeuta ocupacional e do fonoaudiólogo, no sentido de desenvolver ao mesmo tempo as áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares. Variações à parte, a literatura recomenda uma equipe mínima composta pelo médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, o nutricionista e o fonoaudiólogo. Outros profissionais como o arteterapeuta, o pedagogo ou os educadores físicos também podem contribuir (CAETANO, 2007).

CONCLUSÃO

De acordo com os achados encontrados, pode-se concluir a partir do comprometimento das funções do corpo, e da atividade e participação, a importância do cuidador e a necessidade de capacitá-lo para o cuidado a pessoa vítima de AVE.

Evidencia-se o valor da CIF como escala de avaliação de funcionalidade em situações da vida cotidiana, bem como o seu direcionamento para a formação de uma equipe multiprofissional, onde os profissionais envolvidos no processo de reabilitação sejam responsáveis pelo progresso clínico do paciente. Ressalta-se, por fim, o papel do fisioterapeuta como fundamental para o processo de reabilitação com vistas à reinserção deste indivíduo na sociedade.

REFERÊNCIAS

Neves PM, Farias DAA, Rigão TVC, Brito GEG, Ribeiro KSQ. Mortalidade em idosos Hospitalizados em serviço do SUS em João Pessoa-PB, de 2000 a 2007. Rev enferm UFPE online. 2010 Oct/Dec;4(4):1840-849. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1250/pdf_241.

Fernades MB, et al. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 333-341, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n2/v25n2a11.pdf>.

Pereira ABCNG; Alvarenga H; Junior RSP. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936, set, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/07.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

O'Sullivan SB, Schimitz TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole; 2005.

Araújo ES. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde(CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde Pública(USP).São Paulo.2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-03102008-112435/pt-br.php>.

Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA, Ribeiro TS, Melo LP. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF).*Rev Bras Fisioter*. São Carlos, v. 16, n. 1, p. 23-9, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n1/05.pdf>.

Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets For Stroke. *J Rehabil Med*. 2004; Suppl. 44:135-141. Disponível em: <http://web.missouri.edu/~proste/reimbursement/documentation/icf/ICF-Core-Set-Stroke.pdf>.

Lucena EMF, Morais JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF, Brito GEG et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. *ACTA FISIATR*. 2011; 18(3): 112-118. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=58.

Machado A. *Neuroanatomia Funcional*. 2ª ed.MinasGerais:Ed. Atheneu; 2000.

Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *RevEscEnferm USP* 2005; 39(2):154-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>.

Brito ES; Rabinovich EP. Desarrumou Tudo! O Impacto do Acidente Vascular Encefálico na Família. *Saúde Soc*. São Paulo, v.17, n.2, p.153-169, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/15.pdf>.

Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Paccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 39-44, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>.

Garanhani MR, Alves JF, Fugisawa DS, Garanhani ML. Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. ACTA FISIATR. V. 17(4): 164 – 168,2010. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=35.

Caetano JA, Damasceno MMC, Soares E, Fíalho AVM. A vivência do processo de reabilitação após acidente vascular cerebral: um estudo qualitativo. Online BrazilianJournalofNursing, Vol6, No 2 (2007).