UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CIBELE PERONI FREITAS

**A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados
por Acidente Vascular Cerebral**

RIBEIRÃO PRETO
2011

CIBELE PERONI FREITAS

**A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados
por Acidente Vascular Cerebral**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem
Fundamental

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Aparecida
Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL, DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Freitas, Cibele Peroni

A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por Acidente Vascular Cerebral, Ribeirão Preto, 2011.

99 f.: il.; 30 cm

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

1. Idoso. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. Sintomas Depressivos.
4. Capacidade Funcional. 5. Comunidade

FOLHA DE APROVAÇÃO

FREITAS, Cibeles Peroni

A INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS QUE FORAM HOSPITALIZADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus queridos pais, Valtercides e Luzia, por acreditarem no meu sonho e pelo apoio, sempre!
Saudade de vocês, todos os dias!*

*Aos meus queridos avós, o respeito, a admiração e muita saudade:
Lourdes e Dinamérico; Geraldo e Lia.*

Agradecimentos

A Deus pela oportunidade e pela força.

À Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues por me apresentar a área da gerontologia, pela paciência e pela orientação no desenvolvimento desse trabalho.

À Edma pelo carinho e por estar sempre disposta a ajudar.

Ao profº Vanderlei José Haas pelo acolhimento, pelas análises estatísticas, sugestões nesta pesquisa e por representar um modelo de pesquisador.

Às Profª Sueli Marques e Luciana Kusumota pelo exemplo profissional.

À Enfª Miyeko e Profª Cláudia pela ajuda nas análises estatísticas.

À minha irmã Flávia pelo incentivo ao estudo e ao meu cunhado Deneir. Em especial à minha querida sobrinha Luísa, por ser parte de mim e me mostrar que a felicidade está nos momentos simples da vida.

Ao meu noivo Franco, pelo exemplo de perseverança e dedicação, pela compreensão e cooperação neste e em todos os outros trabalhos da minha vida.

Ao Roberto pela companhia na Pós-Graduação e pelo apoio na dissertação.

À Idiane, Aline, Marina, Thaís, Emanuella e a todos os participantes do grupo de pesquisa NUPEGG que se tornou minha família por muitos anos.

Aos meus eternos amigos cassienses Murilo, Ana Elisa, Otávio, Otávio, Sheila e Patrícia, que mesmo distantes se fizeram presentes. E também aos meus tios e primos que amo muito.

À 51ª-52ª turma da FERP (Clarisse, Isabela, Ana Paula, Aline, Patrícia, Tatiana, Eloísa, Michele e Flávio) por compartilhar momentos tão difíceis e também as vitórias.

Aos meus amigos uspianos: Loren, Lucas, Fábio, Suzuki, Andressa, Mariana, Caroline e Gláucia.

Aos queridos idosos e seus familiares que me receberam em suas casas e tornaram esse trabalho possível.

Aos meus afilhados: Sofia, Ana Luísa, Bruna, André, Maria Júlia, Nalanda e Luísa. Espero vê-los idosos. E saudáveis...

Aos colegas enfermeiros da Clínica Médica, Unidade Coronariana e Neurologia da UE. O plantão com vocês se torna mais divertido!!!

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

NÃO SEI...

Não sei... se a vida é curta...

Não sei...

Não sei...

*se a vida é curta
ou longa demais para nós.*

*Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.*

(Cora Coralina)

RESUMO

FREITAS, C.P. **A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por Acidente Vascular Cerebral.** 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O Brasil é um país em que o número de idosos tem crescido vertiginosamente e com isso ocorrem mudanças no perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico. As doenças crônicas assumem posição de destaque, dentre elas o Acidente Vascular Cerebral – AVC. O objetivo foi determinar a incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por AVC, após a alta hospitalar. Trata-se de um estudo observacional e prospectivo com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 48 idosos (60 anos ou mais) residentes na comunidade de cidades do interior paulista, que sofreram AVC e foram internados em um hospital terciário. A coleta dos dados foi realizada através de visitas domiciliares em duas etapas (após três e seis meses do AVC), no período de maio de 2010 a março de 2011. O instrumento de coleta de dados foi composto por dados demográficos e socioeconômicos, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), Medida de Independência Funcional (MIF), presença de comorbidades e Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A média de idade foi de 72,4 ($\pm 7,5$) anos, com predominância do sexo masculino (56,2%). A maioria era composta por idosos casados, com média de 3,4 anos de estudo, 75% tinham renda familiar maior que um salário mínimo, 89,6% moravam acompanhados e 56,3% possuíam cinco ou mais morbidades. O tipo de AVC mais prevalente foi o isquêmico (81,2%), com maior comprometimento do lado esquerdo do cérebro. Com relação à Capacidade Funcional (CF), houve um aumento da média da MIF do terceiro para o sexto mês, ou seja, os idosos se tornaram mais independentes nesse quesito. Com as AIVD ocorre o contrário, os idosos se tornam mais dependentes na segunda avaliação. Os idosos do sexo masculino se tornaram menos depressivos, enquanto as idosas sofreram mais desses sintomas após seis meses do AVC. Embora o AVC seja a primeira causa de morte no país e também o grande responsável pelas incapacidades (físicas e emocionais) e internações hospitalares, estudos sobre a morbidade ainda é escasso. O intuito desse trabalho é o de apresentar essas consequências e os sintomas depressivos, os quais podem ser prevenidos com avaliação e intervenção de equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: Idoso, Acidente Vascular Cerebral, Sintomas Depressivos, Capacidade Funcional, Comunidade.

ABSTRACT

FREITAS, C.P. **Incidence of depressive symptoms in elderly people hospitalized due to Cerebrovascular Accident.** 2011. 99 p. Dissertation (Master in Fundamental Nursing) Nursing School of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Brazil is a country in which the number of elderly people has displayed a steep growth, entailing changes in the demographic, socioeconomic and epidemiological profile. Chronic conditions stand out, including Cerebrovascular Accident – CVA. The aim was to determine the incidence of depressive symptoms in elderly people hospitalized due to CVA, after discharge from hospital. An observational and prospective study with a quantitative approach was carried out. Forty-eight elderly people (aged 60 years or older) were interviewed who lived in the community in interior cities in São Paulo State, had been victims of a CVA and were hospitalized at a tertiary-care hospital. Data were collected through home visits in two phases (three and six months after the CVA), between May 2010 and March 2011. The data collection instrument comprises demographic and socioeconomic data, the Mini-Mental State Examination (MMSE), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Functional Independent Measure (FIM), presence of co-morbidities and the Geriatric Depression Scale (GDS). The mean age was 72.4 (± 7.5) years and the male gender predominated (56.2%). Most elderly were married, the mean education time was 3.4 years, 75% gained a family income of more than one minimum wage, 89.6% lived with another person and 56.3% suffered from five or more co-morbidities. The most prevalent type of CVA was ischemic (81.2%), which more strongly affects the left side of the brain. Regarding Functional Capacity (FC), the mean FIM score increased between the third and sixth month, that is, the elderly became more independent in this regard. The opposite occurred with the IADL, as the elderly become increasingly dependent on the second assessment. Male elderly became less depressed, while these symptoms were more present among female elderly six months after the CVA. Although CVA is the first cause of death in the country and also the main responsible for (physical and emotional) disabilities and hospitalizations, studies on this morbidity remain scarce. This research aims to present these consequences and depressive symptoms, which can be prevented through multidisciplinary team assessment and intervention.

Key words: Aged, Cerebrovascular Accident, Depressive Symptoms, Functional Capacity, Community.

RESUMEN

FREITAS, C.P. **La incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores que fueron hospitalizados por Accidente Cerebro Vascular.** 2011. 99 p. Disertación (Maestría en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Actualmente el Brasil es un país en que el número de adultos mayores ha crecido vertiginosamente y con eso ocurren cambios en el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico. Las enfermedades crónicas tienen una posición de destaque, entre ellas el Accidente Cerebro Vascular – ACV. El objetivo fue determinar la incidencia de síntomas depresivos en los adultos mayores que fueron hospitalizados por ACV, después del alta hospitalaria. Se trata de un estudio observacional y prospectivo con abordaje cuantitativo. Fueron entrevistados 48 adultos mayores (60 años a más) que viven en la comunidad de ciudades del interior paulista, que sufrieron ACV y fueron internados en un hospital terciario. La colecta de los datos fue realizada a través de visitas domiciliarias en dos etapas (después de tres y seis meses del ACV), en el período de mayo del 2010 a marzo del 2011. El instrumento de colecta de los datos fue compuesto por datos demográficos y socio-económicos, Mini Examen del Estado Mental (MEEM), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Medida de Independencia Funcional (MIF), presencia de morbilidades y Escala de Depresión Geriátrica (GDS). El promedio de la edad fue de 72,4 ($\pm 7,5$) años, con predominancia del sexo masculino (56,2%). La mayoría era compuesta por adultos mayores casados, con un promedio de 3,4 años de estudio, el 75% tenían un ingreso familiar mayor a un sueldo mínimo, el 89,6% vivían acompañados y el 56,3% tenían cinco o más enfermedades. El tipo de ACV más prevalente fue el isquémico (81,2%), con un mayor comprometimiento del lado izquierdo del cerebro. Con relación a la Capacidad Funcional (CF), hubo un aumento del promedio de la MIF del tercer para el sexto mes, o sea, los adultos mayores se volvieron más independientes. Con las AIVD ocurre lo contrario, los adultos mayores se volvieron más dependientes en la segunda evaluación. Los adultos mayores del sexo masculino se volvieron menos depresivos, en relación al sexo femenino que presentaron más síntomas después de los seis meses del ACV. Aunque el ACV es la primera causa de muerte en el país y también el gran responsable por las incapacidades (físicas y emocionales) e internaciones hospitalarias, estudios sobre la morbilidad aún es escaso. La intención de este trabajo es el de presentar estas consecuencias y los síntomas depresivos, los cuales pueden ser prevenidas con evaluación e intervención del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Adulto mayor, Accidente Cerebro Vascular, Síntomas Depresivos, Capacidad Funcional, Comunidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da região de Ribeirão Preto	37
Figura 2	Níveis de Independência funcional, com suas pontuações	41
Figura 3	Organização esquemática da Composição da Medida de Independência Funcional em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil – 1991/2010.....	19
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos idosos (n=48). Ribeirão Preto, SP, 2010-11	46
Tabela 2	Relação entre o déficit cognitivo dos 48 idosos após 3 e 6 meses do episódio de AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	47
Tabela 3	Valores e variações das dimensões da MIF após 3 e 6 meses do AVC (n=48). Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	48
Tabela 4	Escore médio da MIF após 3 e 6 meses do AVC relacionados ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	49
Tabela 5	A incidência de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) após 3 e 6 meses do AVC relacionada ao sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	50
Tabela 6	Escore médio das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) após 3 e 6 meses do AVC relacionados ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	50
Tabela 7	A incidência de sintomas depressivos após 3 e 6 meses do AVC relacionada ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	51
Tabela 8	Escore médio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) após 3 e 6 meses do AVC de acordo com o sexo, a faixa etária e o tipo de AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	52
Tabela 9	Distribuição dos tipos de AVC e local da lesão no cérebro, de acordo com o sexo e a faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	53
Tabela 10	Análise das variáveis MIF, AIVD e GDS nos terceiro e sexto mês após o AVC. Ribeirão Preto, SP, 2010-11.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT	Ataque Isquêmico Transitório
AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ASA	American Stroke Association cvxq
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Capacidade Funcional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIP	Hemorragia Intraparenquimatosa
HSA	Hemorragia Subaracnóide
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SAM	Serviço de Arquivo Médico
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 - Introdução	17
1.1 – Envelhecimento populacional	18
1.1.1– Transição demográfica	20
1.1.2 – Transição epidemiológica	22
1.2 – Morbidades	23
1.2.1 – Acidente vascular cerebral (AVC)	23
1.2.1.1 - Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi)	24
1.2.1.1 - Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh)	24
1.2.2 – Capacidade funcional	26
1.2.3 – Sintomas depressivos	29
1.3 – Justificativa	31
2 - Objetivos	34
2.1 - Objetivo geral	35
2.2 - Objetivos específicos	35
3 - Materiais e Métodos	36
3.1 - Delineamento da pesquisa	37
3.2 - Local da pesquisa	37
3.3 - Sujeitos do estudo	38
3.4 - Critérios de inclusão	38
3.5 – Critérios de exclusão	39
3.6 – Coleta de dados	39
3.7 - Instrumento de coleta de dados	39
3.7.1 - Roteiro estruturado	39
3.7.2 – Mini-exame do estado mental (MEEM)	40
3.7.3 – Escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale-GDS) – versão reduzida – 15 itens	40
3.7.4 - Medida de independência funcional (MIF)	40
3.7.5 – Morbidades	42
3.7.6 - Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	43
3.8 - Análise dos resultados	43

3.9 - Aspectos éticos	44
4 - Resultados	45
4.1 - Situação sociodemográfica	46
4.2 – Desempenho cognitivo.....	47
4.2.1 – Mini-exame do estado mental	47
4.3 – Capacidade funcional	47
4.3.1 – Medida de independência funcional – MIF	47
4.3.2 – Atividades instrumentais da vida diária – AIVD	49
4.4 – Sintomas depressivos	51
4.5 – Acidente vascular cerebral	52
5 – Discussão	54
5.1 – Características sociodemográficas	55
5.2 – Acidente vascular cerebral	59
5.3 – Capacidade funcional	61
5.4 – Sintomas depressivos	65
6 - Conclusão	70
Referências	72
Apêndices	83
Anexos	85

1 - Introdução

1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um processo dinâmico, progressivo e normal no ciclo de vida do ser humano. Embora envelhecer seja um fenômeno individual, ele também está relacionado à sociedade, pois envolve os familiares, a comunidade em que o idoso vive e atinge as esferas biológica, cultural, socioeconômica e psicológica.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) “o envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (PAHO, 1994).

O indivíduo é considerado idoso quando possui 60 anos ou mais e reside nos países em desenvolvimento. Quando se vive nos países desenvolvidos, a idade, para a mesma classificação, aumenta em cinco anos (BRASIL, 2002).

Como a população idosa compreende uma ampla faixa etária, de aproximadamente 40 anos, tornou-se comum dividir esse período em dois segmentos. Um corresponde aos idosos mais jovens, com a faixa etária entre 60 e 79 anos e o outro corresponde à faixa etária acima dos 80 anos, e são classificados como idosos mais velhos ou longevos (CAMARANO, 2002). Para Karlamanga et al. (2009), o envelhecimento fisiológico a partir dos 80 anos sofre uma perda na capacidade funcional e cognitiva de maneira mais acelerada, quando comparada aos idosos mais jovens.

O envelhecimento longo, nos dias atuais, tem sido uma questão de grande representatividade, devido ao aumento da expectativa de vida entre a população. Esse processo instiga um maior conhecimento da área geriátrica e gerontológica, visto que se busca um envelhecimento saudável e autônomo para toda a população.

O número de pessoas idosas tem aumentado rapidamente tanto para a população brasileira, quanto para a mundial. Na década de 80, a população mundial correspondia a 4,4 bilhões de pessoas e a expectativa para 2020 é de que atinja 7,8 bilhões, um crescimento de 80%. Na população idosa, esse crescimento será ainda maior, ou seja, o aumento será de 160% e os idosos atingirão um contingente de 975 milhões de pessoas (IBGE, 2002). No Brasil, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010a), 10,8% da população são representados pelos

idosos e a tendência para 2020 é de que esse crescimento seja ainda maior, atingindo 28,3 milhões.

O crescimento populacional dos idosos pode ser observado no Gráfico 1 e evidencia um estreitamento da base da pirâmide, concomitante ao alargamento do seu topo. Nota-se que houve uma diminuição da população jovem, de uma maneira mais acelerada na faixa etária até os 20 anos; e o aumento entre os idosos com destaque para as mulheres.

Gráfico 1: Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil – 1991/2010. Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

O gráfico ilustra também que, além do crescimento do número de idosos, verifica-se um aumento dos anos vividos por eles (maior longevidade), evidenciado pelo aumento na esperança média de vida (IBGE, 2008). Resultados dessa mesma pesquisa revelam que, em 1997, a esperança de vida ao nascer era de 69,3 anos e, em 2009, de 73,2 anos

Prata (1992) ressalta ainda que, apesar de esse processo de mudança ocorrer em todas as regiões do país, ela acontece de maneira desigual, ou seja, as regiões menos desenvolvidas, que apresentam um elevado índice de pobreza, mantêm ainda uma taxa de mortalidade elevada para as doenças infectocontagiosas e parasitárias, enquanto que nas regiões mais desenvolvidas, a atenção se volta às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Essas diferenças estão relacionadas ao período pelo qual o Brasil está passando, ou seja, é uma época em que estão ocorrendo, e já ocorreram, mudanças e transições nas taxas de mortalidade e que se tornam visíveis na distribuição etária dos últimos anos. Esse fenômeno tem ocorrido em todo o mundo, em velocidades diferentes, e é conhecido como envelhecimento populacional, que, segundo Ramos (1993), resume-se no aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população, concomitantemente à diminuição da população jovem.

1.1.1 Transição demográfica

A transição demográfica é um processo no qual há uma mudança na estrutura etária do país, com uma transformação em relação à população jovem e a mais envelhecida, resultante da queda da mortalidade e natalidade/fecundidade (KALACHE et al., 1987). Esse processo encontra-se em diferentes fases no mundo e ocorre juntamente com a transição epidemiológica.

Conforme exposto por Lebrão (2007), os países podem ser divididos em três tipos quanto à sua transição demográfica: 1) os países de iniciação precoce na transição, 2) os de iniciação tardia e 3) os que ainda não iniciaram a transição. O primeiro grupo pode ser exemplificado pelos países da Europa Ocidental que iniciaram essa transição há alguns séculos, no período da Revolução Industrial. O terceiro grupo é representado pelos países africanos, que mantêm a estrutura jovem da população e ainda não iniciaram o processo de transição. No Brasil, assim como em outros países da América Latina e Caribe, esse processo ocorre de forma acelerada, há aproximadamente 50 anos e, por isso, são considerados de iniciação tardia, correspondendo ao segundo grupo.

Entre a população brasileira, as mudanças iniciaram-se na metade do século XX, por volta da década de 40, quando teve início a queda das taxas de mortalidade. Alguns anos depois, nota-se que a fecundidade também sofreu uma regressão. A queda dessas duas taxas mostra o início do período em que ocorreu a mudança da estrutura etária, concomitante ao aumento da expectativa de vida. As taxas de crescimento em relação à população de crianças e adolescentes regridem, à medida que a população de idosos sofre um crescimento. Essa mudança ocorre de maneira rápida e acelerada, dificultando a preparação da equipe de saúde, diferentemente do ocorrido, séculos atrás, na Europa. Neste continente, as mudanças, tanto da

queda das taxas de fecundidade quanto de natalidade, ocorreram em um amplo período, o que proporcionou um maior tempo para que a população pudesse se adaptar à nova realidade (CARVALHO; GARCIA, 2003).

No início do século XX, assim como em anos anteriores, a população tinha uma concepção de grandiosidade em relação às famílias, que eram em sua maioria numerosas, situação típica de uma sociedade agrária, com baixos índices de urbanização e industrialização. Nessa época, a taxa de fecundidade era alta e, conforme os Indicadores de Saúde do IBGE (2009), cada mulher tinha entre sete e nove filhos. Esses valores vão diminuindo ao longo do tempo e sofrem uma redução ainda mais expressiva a partir da metade do século. Em 1970, tinha-se 4,5 filhos por mulher e, em 2006, apenas 1,99. Essa redução pode estar relacionada ao deslocamento migratório do campo para a cidade, ao início da participação feminina no mercado de trabalho, à elevação do custo da reprodução familiar, assim como contraceptivos orais, surgidos na mesma época.

Além da redução das taxas de fecundidade/natalidade, outro ponto a ser mencionado é o aumento da expectativa de vida, ocasionado devido às melhores condições de saúde. A esperança de vida ao nascer era de 41,5 anos entre as décadas de 30 e 40. Em 2005, os valores são maiores e há uma diferença entre os sexos: os homens morrem antes. Com relação às mulheres, espera-se que elas vivam aproximadamente 75,9 anos, para a mesma época, enquanto o valor encontrado entre os homens é de 68,3 anos (IBGE, 2009).

Outro indicador a ser explorado é a mortalidade e a transformação que sofreu nos últimos 100 anos. No início do século XX, as doenças infectocontagiosas, que atingiam a população mais jovem, tinham como desfecho a mortalidade. Com a mudança em relação às morbidades, assim como em relação à estrutura etária, o enfoque se dá em outros setores. Embora tenha sido reduzida, a mortalidade ainda é uma realidade nos dias atuais. Morre-se mais por doenças crônicas, afinal essas morbidades acometem as pessoas de faixa etária mais elevada, que tem aumentado nas últimas décadas. Esse tipo de mortalidade, assim como outros que serão citados a seguir, pode ser evitado ou é relativamente fácil de ser controlado. A mortalidade causada pelas DCNT pode ser combatida quando se evitam os fatores de risco. Em relação às doenças imunopreveníveis, a solução é aplicar vacinas; as mortes causadas por doenças diarreicas devem ser combatidas através do saneamento básico, assim como a mortalidade relacionada às causas externas pode ser combatida pelas campanhas de conscientização da população (IBGE, 2009).

Assim, o crescimento populacional está relacionado ao declínio da fecundidade, juntamente com a redução da mortalidade. No início do século XX, os maiores índices de mortalidade estavam relacionados às doenças transmissíveis, infectocontagiosas (aproximadamente 40%). Com a urbanização e a industrialização, essas taxas sofreram uma queda considerável e, juntamente com os avanços tecnológicos, principalmente na área de saúde, inicia-se uma mudança nesse perfil. A condição de saúde da população melhora e, conseqüentemente, aumenta a expectativa de vida, acelerando assim, o processo de envelhecimento populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003; WONG, CARVALHO, 2006).

1.1.2 Transição epidemiológica

O conceito de transição epidemiológica, descrito inicialmente por Omran (1971), refere-se às mudanças dos padrões de saúde e doença e sua interação com determinantes demográficos, econômicos e sociais. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e pelo aumento de DCNT e causas externas, concomitantemente ao deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

A transição epidemiológica, assim como a demográfica, é um fenômeno importante a ser explorado, do ponto de vista econômico, social e da área da saúde (RAMOS, 1993). O primeiro ponto importante está relacionado à economia, ou seja, os idosos, população não produtiva, estão aumentando e sobrecarregam a população economicamente ativa, atingindo a previdência social. Com relação à estrutura social, há uma sobrecarga dos familiares, que em muitos casos, são os cuidadores dos idosos. Essas pessoas, além das suas atividades cotidianas, assumem, um novo papel, o de cuidar, o que gera sobrecarga física e psicológica e, em muitas situações, a econômica. Na área da saúde a preocupação continua, afinal mudam-se as morbidades prevalentes e com elas, os seus desfechos. Toda essa mudança ocorre de maneira acelerada e o setor saúde não está preparado para uma mudança tão rápida.

A diminuição da população jovem, assim como o aumento da população idosa, acarreta mudanças no perfil do setor saúde, afinal, as doenças que acometem a primeira faixa etária não são as mesmas da segunda. As crianças são acometidas principalmente por doenças infectocontagiosas, diferentemente de um idoso que é acometido pelas DCNT, que são as morbidades relacionadas ao envelhecimento (RAMOS, 1993; LEBRÃO, 2007) e a

porcentagem de crianças está reduzindo, enquanto a segunda tende a aumentar cada vez mais. As doenças passam de uma fase em que estavam relacionadas à mortalidade para, então, acometerem as pessoas por longos anos (morbidade crônica), já que a mortalidade, para essas morbidades, não é imediata.

A ausência de doenças crônicas não é a realidade de todos os idosos. Pelo contrário: para muitos deles, envelhecer está relacionado a conviver com as doenças, e sabendo-se controlá-las, leva-se uma vida independente e autônoma (NASRI, 2008).

Para muitos, envelhecer exige um cuidado constante, uso de medicamentos de maneira contínua e exames periódicos. As doenças perduram por anos e se tornam enfermidades complexas e onerosas. As internações são mais frequentes, assim como o tempo ocupado no leito tende a ser ainda maior. E o resultado de tudo isso é um maior número de doenças na população, maiores incapacidades e maior procura pelos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Como a tendência é termos um número crescente de idosos, a preocupação está voltada à prevenção das DCNT, através de investimentos no sistema de saúde do Brasil, para que possam ser redefinidas as prioridades, e a população desfrute de uma velhice saudável e funcionalmente ativa.

Doenças que têm como principal fator de risco a idade tendem a sofrer uma maior prevalência (NASRI, 2008), como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC), morbidade que assume destaque entre as DCNT (IBGE, 2009).

1.2 Morbidades

1.2.1 Acidente vascular cerebral (AVC)

O AVC é causado pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, geralmente quando um vaso sanguíneo rompe ou quando é bloqueado por algum coágulo. Isso impede o fornecimento de oxigênio e nutrientes, causando danos ao tecido cerebral (CAPLAN, 1989; WHO, 2011).

Evaristo (2010) define o AVC como um déficit neurológico focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular, com duração maior que 24h (ou menor, mas que leve à morte). A evolução dessa morbidade dependerá da intensidade

lesional do episódio vascular, da importância funcional da área envolvida e da qualidade do atendimento de emergência prestado (PRADO, 2007).

O AVC é considerado uma emergência clínica e se divide em dois subtipos: isquêmico (AVCi) e hemorrágico (AVCh).

1.2.1.1 Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi)

Após o acidente, ocorre uma isquemia cerebral causando alterações estruturais e funcionais que ocasionam uma região de infarto cerebral com danos funcionais e estruturais irreversíveis ou apenas compromete funcionalmente outra região que passa a ser denominada zona de penumbra isquêmica (região estruturalmente viável, pois continua recebendo um fluxo sanguíneo, embora reduzido, que consegue manter a viabilidade celular) (EVARISTO, 2010). Os principais mecanismos compreendem trombose de grandes vasos, cardioembolismo, trombose de pequenas artérias, dentre outros.

As manifestações neurológicas dependem do território vascular que foi acometido. Nos casos embólicos, os *déficits* têm características mais abruptas, atingindo seu ápice rapidamente. Os dois grandes territórios acometidos, citados por Evaristo (2010), são:

- Território Carotídeo (relacionado às artérias carótidas interna, cerebral média e cerebral anterior): acarreta déficit motor, sensitivo, dificuldade na articulação de palavras, déficit de linguagem, outros distúrbios de função nervosa superior e alterações visuais;
- Território Vertebrobasilar (relacionado às artérias vertebral, basilar, cerebelares e cerebrais posteriores): pode ocorrer *déficit* motor, sensitivo, dificuldade na articulação da palavra, alterações visuais, de coordenação e de nervos cranianos localizados no tronco encefálico – diplopia, ptose palpebral, anisocoria, paralisia facial periférica, nistagmo, vertigem, disartria e disfagia.

1.2.1.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh)

O AVCh representa entre 15 e 20% dos distúrbios vasculares cerebrais e é causado principalmente por uma hemorragia intraparenquimatosa (HIP) e hemorragia subaracnoide (HSA) ou meníngea e, em geral, causa os *déficits* mais graves para os pacientes e demanda um tempo de recuperação mais prolongado, comparado aos indivíduos que sofreram AVCi (WEINER, 2003).

A HIP ou sangramento na substância cerebral é mais comum em pacientes com hipertensão e aterosclerose cerebral, pois essas doenças causam alterações degenerativas proporcionando a ruptura do vaso e ocasionam alterações patológicas crônicas na parede de pequenas artérias e arteríolas, com excessivo espiralamento delas, causando aneurismas. Os locais mais frequentes dessa ruptura são: região dos núcleos da base, ponte, cerebelo e substância branca dos diversos lobos cerebrais (hemorragia lobar) (EVARISTO, 2010).

A hemorragia, normalmente, causa edema na região adjacente à lesão e pode formar coágulos, causando a compressão dos tecidos próximos. Ela também pode causar o rompimento para o interior dos ventrículos cerebrais quando a dilatação ocorre próxima deles e quanto mais próxima do córtex, maior será o afloramento para o espaço subaracnoide (EVARISTO, 2010).

A HSA pode ocorrer em consequência de uma malformação arteriovenosa, aneurismas saculares intracranianos (principal causa dos quadros espontâneos de HSA e é uma situação extremamente grave), trauma ou hipertensão (WEINER, 2003).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), a principal causa de morte entre as pessoas acima dos 60 anos no Brasil é a doença cerebrovascular, que atinge 11,5% dos homens e 12,3% das mulheres, e a principal causa de internação na população acima dos 50 anos (CAMARANO, 2005; EVARISTO, 2007). Na maioria dos países desenvolvidos, como nos EUA, o AVC representa a terceira causa de morte, sendo ultrapassado pelas neoplasias e doenças cardíacas em geral, levando ao óbito mais que 137000 pessoas por ano (PY, 2006; ASA, 2011a).

A prevalência mundial do AVC na população geral varia de 0,5% a 0,7% (MINELLI; FEN; MINELLI, 2007). Nos Estados Unidos, a estimativa é de que haja 500000 casos novos e recorrentes de AVC por ano, sendo que 150000 resultam em morte e há aproximadamente 3 milhões de indivíduos sobreviventes ao AVC com algum grau de incapacitação (PY, 2006; YAMAMOTO, 2009).

Embora possa ocorrer em qualquer fase da vida, é acima dos 55 anos que essa morbidade assume um aumento significativo em sua incidência, podendo dobrar a cada dez anos a partir dessa idade (PY, 2006), ocupando assim uma posição de destaque entre os idosos. Esses dados deveriam ser previsíveis devido ao aumento do número de fatores de risco para o AVC e outras doenças vasculares com o passar dos anos de vida (MUTARELLI, EVARISTO, 2005).

Os fatores de risco podem ser classificados como modificáveis, que são os que estão relacionados ao estilo de vida, como: tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças cardíacas, obesidade, sedentarismo, má alimentação, hipercolesterolemia e os não modificáveis: idade, hereditariedade/história familiar, raça, sexo e AVCs prévios, Ataque Isquêmico Transitório (AIT) ou ataque cardíaco (AHA; ASA, 2011b).

Assim, evitar os fatores de risco se torna essencial, uma vez que, aproximadamente, 85% dos indivíduos acometidos pelo AVC vivem com algum tipo de sequela e o número de casos fatais tem diminuído (SOLOMON et al., 1994). Essas sequelas (limitação do desempenho funcional, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, na qualidade de vida) entre os adultos são consideradas as causas mais comuns de incapacidade (SAMSA; MATCHAR, 2004). Aproximadamente 31% dos sobreviventes do AVC necessitam de auxílio para realizar as atividades da vida diária, 20% para deambular e 16% necessitam de internação hospitalar (PY, 2006).

Além das sequelas citadas acima, o AVC também pode acarretar a perda de força, sensibilidade, capacidade de movimentação, controle de diversas áreas corporais, distúrbios de linguagem (disartria e disfagia), fala e deglutição, perda do equilíbrio e coordenação e distúrbios visuais (MAZZOLA et al., 2007). Essas limitações dificultam a vida do idoso em relação aos cuidados com si próprio e com algumas atividades que exerce perante a sociedade, podendo permanecer por um tempo indeterminado restringindo o idoso e tornando-o dependente de outra pessoa. Esse fato (possuir incapacidades e tornar-se dependente) pode levar a um desequilíbrio emocional e acarretar morbidades neurológicas, como a depressão.

Para Hackett e Anderson (2005a) e Franzén-Dahlin et al. (2006) a gravidade do AVC e as incapacidades físicas e cognitivas apresentaram consistente associação com a depressão. Essa morbidade é comum entre os pacientes com limitados déficits funcionais, principalmente após o AVC.

1.2.2 Capacidade funcional

O conceito de capacidade funcional (CF) é amplo e complexo, e o que mais se trabalha na prática é a incapacidade e a capacidade. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o *nível de capacidade* de uma pessoa está relacionado aos domínios que ajudam a descrever as alterações ou mudanças na função e

estrutura corporal, e o que, em condição de saúde, ela pode fazer em um ambiente padrão. O *nível de desempenho* está relacionado ao que essa pessoa realmente faz no seu ambiente real. A *funcionalidade* é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, de maneira similar e a *incapacidade* retrata as deficiências, limitações de atividades ou restrição na participação (OMS, 2003).

A CF é conceituada por Gordilho et al. (2000) como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Para esses autores, esse conceito é o mais adequado para relatar a atenção à saúde do idoso, objetivando a melhoria ou a manutenção da CF, promovendo-se um envelhecimento saudável.

A incapacidade funcional caracteriza-se pela dificuldade ou incapacidade de desempenhar gestos e atividades da vida cotidiana (ROSA et al., 2003) e é uma condição de extrema relevância que afeta grande parte dos idosos, pois pode estar diretamente relacionada às doenças crônicas, comprometer e ter implicações relevantes para a família, comunidade, sistema de saúde e o próprio idoso, podendo assim aumentar sua dependência na velhice (ALVES et al., 2007).

Três conceitos (autonomia, dependência e independência) estão interligados ou interdependentes quando se discutem os processos incapacitantes. A autonomia significa o autogoverno, a liberdade para agir e tomar decisões. Ser dependente significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem ajuda e a independência significa ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006).

Esses indicadores consideram independente a pessoa que não necessita de ajuda ou supervisão de outra pessoa para guiar essas atividades. Quando o idoso se torna incapaz de realizá-las, parcial ou totalmente, verifica-se a necessidade de ajuda parcial, em maior ou menor grau, ou total, necessitando, em alguns casos de um cuidador (BRASIL, 2006).

Envelhecer, por si só, não é uma condição para que sejam desenvolvidas as incapacidades; ela pode ocorrer com esse processo, principalmente se ele estiver ligado à alguma morbidade. Eis alguns fatores mais frequentes que causam a incapacidade funcional: fraqueza por hipotonia muscular secundária ao desuso, hipotireoidismo, distúrbios metabólicos, desnutrição, anemia, insuficiência cardíaca e respiratória; rigidez por doenças musculoesqueléticas, ingestão de neurolépticos, doença de Parkinson; dor causada por fraturas, doenças incapacitantes, lesões cutâneas, metástases ósseas; desequilíbrio por

labirintopatias, alterações musculares; problemas neuropsicológicos como demência e depressão (CARVALHO NETO, 2005; SMELTZER et al., 2009).

Além desses fatores, o comportamento relacionado ao estilo de vida, como fumar, fazer uso de bebida alcoólica, comer excessivamente, não praticar atividade física, sofrer de estresse psicossocial agudo ou crônico, não manter relações sociais e de apoio também podem estar associados à incapacidade funcional (ROSA et al., 2003).

Sendo assim, o acometimento por doenças crônicas e as limitações ocorridas com o decorrer da idade fazem com que os idosos diminuam a capacidade de realizar grande parte de suas atividades classificadas como Atividades da Vida Diária (AVD) que são tarefas de autocuidado, como: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, movimentar-se, estar continente, comunicar-se, cuidar-se, alimentar-se e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), as quais compreendem a capacidade de o idoso administrar o ambiente onde vive, que são: fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, controlar os medicamentos, cuidar do próprio dinheiro (COSTA et al., 2001a; TAVARES, 2001; ROSA et al., 2003). A realização ou não dessas atividades nos possibilita verificar como esses idosos cuidam de si próprios e o grau de independência que possuem em relação ao seu próprio envelhecimento.

O surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, como o AVC e a depressão, pode alterar o grau de capacidade funcional. Com a dificuldade nessas atividades, sejam elas as AVD ou AIVD, surgem os impedimentos para interação social e as frustrações decorrentes da dependência.

Portanto, uma avaliação funcional torna-se importante para o planejamento assistencial da pessoa idosa, pois ela determinará o grau de dependência, os cuidados que lhe serão necessários e por quem serão realizados. Na atenção à saúde da pessoa idosa, almeja-se, pelo maior tempo possível, a autonomia e a independência (BRASIL, 2006).

A incapacidade funcional, assim como a depressão após o AVC, indica uma forte influência negativa na recuperação e na sobrevivência do idoso. A reabilitação torna-se importante para esses pacientes a fim de melhorar o desempenho nas atividades que eles não conseguem desenvolver. A condição de mudança nas tarefas do cotidiano pode levar o idoso aos sintomas depressivos. Assim, o profissional da área da saúde deve investir também nessa avaliação, pois muitas vezes ela passa despercebida.

1.2.3 Sintomas depressivos

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) descreve a depressão como uma desordem mental comum que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou apetite, cansaço e baixa concentração.

A depressão é um transtorno de humor resultante da interação de vários processos psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos (MORENO et al., 2009).

Essa morbidade é um importante problema de saúde, principalmente entre os idosos, por ser uma síndrome que os acomete com alta frequência e por estar associada a outras comorbidades físicas, à mortalidade e suicídios, além dos níveis de incapacitação com prejuízo na qualidade de vida, pela sobrecarga emocional e física dos cuidadores e/ou membros da família, assim como o aumento dos custos econômicos devido à maior utilização dos serviços de saúde (WHO, 2006).

Os quadros de depressão mais leves, que não preenchem os critérios diagnósticos de depressão dos sistemas vigentes de classificação de transtornos mentais, como a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (OMS, 2003), e Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana, DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1994), têm se destacado nos estudos atuais, pois eles podem ser mais prevalentes que os quadros mais graves (identificados pelos critérios de classificação).

Os sintomas depressivos compartilhados pela DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (OMS, 2003) são: humor deprimido, anedonia (prejuízo da capacidade de sentir alegria e prazer), fadiga, alterações de sono, alterações de apetite, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão, ou pensamentos de morte ou autolesivos recorrentes. A CID-10 inclui um décimo sintoma: autoestima e autoconfiança reduzidas.

Embora seja uma doença de alta prevalência entre a população mais idosa, sua identificação não é simples, devido a várias barreiras: entre elas pode-se destacar ao estigma

de se tratar de um transtorno mental, a atribuição dos sintomas depressivos ao próprio processo de envelhecimento e a falta de preparação e treinamento das equipes de saúde em reconhecer esses sintomas (COPELAND, 1986).

Além disso, reconhecer esses sintomas depressivos leves ou que não são abordados pelos critérios de avaliação não é fácil. Os instrumentos utilizados se tornam de difícil mensuração, pois podem ser usados inadequadamente, além de considerar que os quadros depressivos têm características clínicas peculiares, principalmente quando se trata de idosos.

A depressão deve ser adequada e precocemente tratada (por meio de tratamentos psicossociais ou farmacológicos), para que seja evitado um pior prognóstico, afinal, essa síndrome ocorre com frequência elevada e causa um impacto negativo entre os idosos que tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Para o ano de 2020, a projeção é de que a depressão seja a primeira causa de incapacitação nos países em desenvolvimento e a segunda causa nos países desenvolvidos (BRASIL, 2006). Atualmente, acredita-se que mais de 340 milhões de pessoas sejam portadoras de sintomas depressivos (CANINEU, 2007). A prevalência de depressão nos idosos, no Brasil, varia de 4,7% a 36,8%, sendo as mulheres as que apresentam as maiores proporções, atingindo valores duas vezes maiores quando comparados aos relacionados aos homens (MORENO et al., 2009; CANINEU, 2007), juntamente com os idosos institucionalizados (BRASIL, 2006).

Spencer et al. (1997) mostram que a incidência da depressão em pacientes com AVC está relacionada aos diferentes conceitos de AVC, depressão, uso de diferentes instrumentos e de amostra. Cabe destacar também a relação com a cultura de cada local investigado.

Para Johnson et al. (2006), a depressão após o AVC é mais comum em pacientes que vivem em um hospital ou que participam dos serviços de reabilitação do que aqueles que vivem na comunidade em geral, afinal os pacientes que necessitam ser admitidos em uma unidade neurológica ou em serviços de reabilitação podem ter sofrido um AVC mais severo comparado àquele sofrido pelos que recebem os cuidados em suas casas, na comunidade.

Essas limitações ocasionadas pelo AVC podem dificultar a realização das atividades cotidianas, acarretando a incapacidade funcional. A incapacidade influencia na qualidade de vida do idoso, nos cuidados futuros e, quando não é bem enfrentada, pode influenciar no

humor, na capacidade de resolver problemas, ocasionando o início de sintomas depressivos, pelo fato de o idoso não mais conseguir enfrentar os obstáculos (ALVES et al., 2007).

Existe, enfim, uma relação entre os sintomas depressivos, a capacidade funcional e o AVC. Para a incapacidade funcional, esses sintomas podem ser um fator de risco ou um fator resultante. Dos pacientes que desenvolveram depressão após o AVC, 25 a 40% podem sofrer impacto negativo na capacidade funcional, na qualidade de vida, podem ser acometidos pelo aparecimento de outras morbidades e irem a óbito. Os idosos que sofreram depressão após o AVC necessitam de maiores cuidados de saúde, comparados aos idosos que tiveram AVC, porém sem depressão (JIA, et al., 2006).

Hoffmann et al. (2010) avaliaram a sintomatologia depressiva entre os idosos residentes na comunidade de Montes Claros - MG, e identificaram que 20,9% dos idosos apresentavam alguns sintomas depressivos, 96,9% eram independentes para as AVD e 13,2% apresentavam dependência funcional para as AIVD. Após uma análise multivariada, os sintomas depressivos estiveram significativamente associados à dependência funcional para as AIVD e à dificuldade de dormir.

A relação entre sintomatologia depressiva e dependência para as AIVD também foi relevante no estudo de Maciel e Guerra (2006), realizado com idosos que vivem numa comunidade no interior do estado do Rio Grande do Norte.

Hadidi et al. (2009), em uma revisão da literatura, descreveram a relação entre a capacidade funcional, o AVC e a depressão e mostram que os pacientes que sofreram depressão após o AVC possuem uma capacidade funcional inferior aos que não têm depressão. Assim, como em vários outros estudos, houve uma relação preditiva entre a capacidade funcional em pacientes que foram acometidos pela depressão após o AVC.

1.3 Justificativa

O objetivo deste estudo foi avaliar o idoso que sofreu AVC, com relação à capacidade funcional e aos sintomas depressivos, que foram internados em um hospital público e vivem em seu domicílio no interior do estado de São Paulo.

A opção desse recorte deve ser considerada tanto diante das mudanças demográficas quanto das epidemiológicas no país, em especial, de uma morbidade que vem aumentando

entre os idosos. Assim, a avaliação da capacidade funcional, que está relacionada ao desenvolvimento das tarefas do cotidiano, tem levado os idosos a apresentarem ou não os sintomas depressivos? Diante dessa indagação, realizou-se um levantamento bibliográfico para compreender tal condição e também identificar um hospital público que atendesse idosos com AVC e se pudesse fazer um acompanhamento desses idosos em seus domicílios, após a alta hospitalar para avaliar essa condição.

O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira tem causado mudanças na estrutura etária da população e na dinâmica de ocorrência de suas morbidades. As DCNT, que são mais prevalentes nos idosos, assumem uma posição de destaque, o que requer uma reorganização da sociedade, do setor saúde e um maior investimento governamental, uma vez que a população não está preparada para tais mudanças.

O AVC é uma das morbidades que apresenta elevada letalidade, além de ocasionar vários graus de incapacidades e altas taxas de internações hospitalares. Destaca-se ainda a necessidade de maior atenção e cuidado para essa morbidade, pois é considerada uma emergência clínica e necessita de um atendimento imediato, logo que surgem os sintomas, para que os sobreviventes tenham um melhor prognóstico.

Além das incapacidades, outra consequência do AVC é a depressão. Essas três variáveis estão associadas, pois o tornar-se dependente, seja essa dependência parcial ou total, assim como as mudanças no estilo de vida causadas pelo AVC, a dificuldade para se expressar, locomover ou compreender, faz com que os idosos mudem seus hábitos, com a tendência de permanecerem mais tempo em casa (isolamento social) o que pode levar a uma mudança do humor, acarretando os sintomas depressivos.

Essa morbidade atinge os familiares e torna-se um problema econômico, além de acarretar prejuízos ao idoso. Quando o idoso passa a ser dependente, ele necessita de cuidado, de uma pessoa que o ajude a realizar as tarefas que ele deixou de realizar, o que gera um custo para o idoso, para a família e para o sistema público de saúde.

É importante ressaltar ainda, que o AVC é uma morbidade que possui tratamento e principalmente que pode ser evitada. Combater os fatores de risco, através da mudança dos hábitos de vida, é um meio de se evitar o surgimento dessa doença. Portanto, investir na educação da população, ensiná-la a conhecer os fatores de risco e identificar os sinais e sintomas da morbidade fará com que o paciente seja mais bem assistido.

Portanto, justifica-se o desenvolvimento deste estudo, pois o envelhecimento pode estar relacionado ao surgimento de DCNT, como o AVC, que pode levar à diminuição da capacidade funcional e ao surgimento de sintomas depressivos, tornando esse problema cada

vez mais importante no país.

Enquanto enfermeira de um serviço terciário de saúde, com atenção voltada ao idoso com AVC, o seguimento desse grupo de idosos permitirá uma compreensão das condições desse grupo, com a finalidade de melhorar o cuidado, no decorrer do tratamento no hospital e após alta, através de um trabalho de educação à família e ao próprio idoso.

Este é um tema bastante complexo, pouco compreendido e não foi explorado na literatura nacional; diante disso a investigação sobre o tema é fundamental. Portanto, justificam-se os esforços em identificar os casos suspeitos de depressão, de AVC, bem como, avaliar a capacidade funcional dos idosos para que haja a promoção da saúde, evitando os fatores de risco para essas morbidades, ocasionando uma melhora na saúde das pessoas mais velhas.

Diante dessas colocações do problema a questão da pesquisa é: **qual é a relação da ocorrência de AVC na população idosa com os sintomas depressivos?**

2 - Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Determinar a incidência de sintomas depressivos e avaliar a capacidade funcional em idosos que sofreram AVC, internados na Unidade de Emergência do Hospital Universitário de Ribeirão Preto - SP, após três e seis meses da alta hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos com AVC, quanto ao perfil demográfico e socioeconômico;
 - Avaliar os sintomas depressivos, o estado cognitivo e a capacidade funcional, no terceiro e no sexto mês após a ocorrência de AVC.
-

3 - Material e Métodos

3.3 Sujeitos de estudo

A amostra do estudo foi composta por indivíduos acometidos por AVC no período de fevereiro a dezembro de 2010, usuários da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram entrevistados 48 idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos residentes na comunidade do município de Ribeirão Preto – SP e região (até 30 km de distância). A amostra inicial era de 52 idosos, porém quatro não participaram da segunda entrevista (dois faleceram e dois mudaram). Esses idosos foram identificados através do Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HCFMRP-USP, com anuência do médico responsável pelo setor.

3.4 Critérios de inclusão

- Idoso com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos;
- Residir só ou com familiares na comunidade, em Ribeirão Preto-SP ou região (até 30km);
- Ser capaz de comunicar-se verbalmente;
- Possuir o diagnóstico de AVC e ter sido internado na UE do HCFMRP-USP em 2010.

A morbidade Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi identificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), descrita a seguir:

G45: Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (G45.0-G45.9);

G46: Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares (G46.0- G46.8)

I60: Hemorragia subaracnoide (I60.0- I60.9)

I61: Hemorragia intracerebral (I61.0- I61.9)

I62: Outras hemorragias intracranianas não traumáticas (I62.0- I62.9)

I63: Infarto cerebral (I63.0- I63.9)

I64: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.

3.5 Critérios de exclusão

- Possuir o diagnóstico médico de afasia global grave ou demência;
- Possuir déficit auditivo e/ou cognitivo que impeça o entendimento das questões ou comunicação com a pesquisadora.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira entrevista foi realizada após três meses de ocorrência do AVC, enquanto que a segunda foi realizada seis meses após tal ocorrência. Ambas foram realizadas no domicílio do idoso participante após um agendamento prévio, por telefone, segundo a disponibilidade de horário e dia do entrevistado. A primeira entrevista foi realizada após três meses do AVC enquanto a segunda foi realizada seis meses depois.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no período de maio de 2010 a março de 2011 e tiveram duração de aproximadamente 30 minutos.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos, os quais foram traduzidos para a língua portuguesa (quando originários de outros países) e validados para o contexto brasileiro.

3.7.1 - Roteiro estruturado: Elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), contemplando os dados para a caracterização sociodemográfica dos idosos:

sexo (masculino e feminino); idade (em anos completos); estado civil (solteiro, casado, separado ou viúvo); renda familiar (em renda líquida em reais); escolaridade (em anos de estudo); número de filhos e com quem vivem (ANEXOS A e B).

3.7.2 – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): Este teste ajudou a abordar os idosos e avaliar as características cognitivas. O MEEM foi elaborado por Folstein et al. (1975) e traduzido e validado para a língua portuguesa por Bertolucci et al. (1994), os quais observaram que o escore total dependia do nível educacional.

É composto por 30 questões agrupadas em sete categorias, em que cada uma está desenhada com o objetivo de avaliar diferentes funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (cinco pontos), orientação para local (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore pode variar de um mínimo de zero até um máximo de 30 pontos; os pontos de corte sugeridos por Bertolucci et al. (1994) foram de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa / média e 26 para alta escolaridade.

Esta escala é de simples aplicação e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos pelo profissional de saúde (ALMEIDA, 1998; CANTERA, 2000; LAKS et al., 2003) (ANEXO C).

3.7.3 - Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS) – Versão Reduzida - 15 itens: O instrumento é constituído por 15 questões binárias relativas aos frequentes sintomas de depressão no idoso. A GDS-15 itens é uma versão reduzida da escala original (30 itens) elaborada por Yesavage et al. (1983), a partir dos itens que mais se correlacionavam com o diagnóstico clínico de depressão. Foi traduzida e validada para o português por Almeida e Almeida em 1999. Ela possui uma variação na pontuação de zero (ausência de sintomas depressivos) a 15 (pontuação máxima para sintomas depressivos).

No presente estudo utilizou-se o ponto de corte $\geq$ seis, como indicativo dos casos de provável depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Esses autores verificaram os índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10. A GDS é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para rastreamento idosos com depressão. Diversos estudos já demonstraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos (ANEXO D).

3.7.4 - Medida de Independência Funcional (MIF): Este instrumento foi desenvolvido na

década de 1980 por uma força-tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, com o objetivo de criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados que o paciente com deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas.

Foi traduzida e validada em 2000 (RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004) em pacientes com lesão medular e lesão encefálica adquirida, além de testar sua sensibilidade às mudanças funcionais em pessoas sob reabilitação em ambiente ambulatorial.

Entre as atividades avaliadas está o desempenho para a realização de 18 tarefas em conjunto referentes a escalas de autocuidado, transferências, locomoção, controle de esfínteres, comunicação e cognição social que inclui memória, interação social e resolução de problemas (Figura 3).

Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de um (dependência total) a sete (independência completa). Assim, a pontuação total varia de 18 a 126 pontos (CANTERA, 2000; RIBERTO et al., 2001; RIBERTO et al., 2004). (Figura 2) (ANEXO E).

NÍVEL	DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	SUB ESCORES (pontos)
1	Dependência total (assistência total)	18
2	Dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa)	19 – 60
3	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa)	
4	Dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa)	61 – 103
5	Supervisão, estímulo ou preparo	
6	Independência modificada	104 – 126
7	Independência completa	

Figura 2 - Níveis de Independência Funcional, com suas pontuações (RIBERTO et al., 2004)

Figura 3 - Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional em MIF Total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO et al., 2004)

3.7.5 - Morbidades: Instrumento elaborado pelos membros NUPEGG da EERP/USP em 2006 para conhecer a presença de morbididades crônicas ou problemas de saúde autorreferidos.

As morbidades descritas são: anemia, ansiedade/transtorno do pânico, artrites, asma ou bronquite, audição prejudicada, câncer, enfisema/doença pulmonar, diabetes mellitus, depressão, derrame, doença cardíaca, doença gastrointestinal alta (úlceras, hérnia, refluxo), doença vascular periférica (varizes), doença neurológica (Parkinson/Esclerose), hipertensão arterial, incontinência urinária e/ou fecal, obesidade, osteoporose, prisão no ventre, problemas de coluna, visão prejudicada (catarata/glaucoma) ou outras doenças (ANEXO F).

3.7.6- Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): Esta escala engloba atividades sociais um pouco mais complexas, avaliando a capacidade do indivíduo de conviver na comunidade e foi elaborada por Lawton e Brody (1969).

A adaptação da escala das Atividades Instrumentais da Vida Diária ao contexto brasileiro foi realizada por Santos e Virtuoso Jr. (2008) por meio de um estudo transversal com uma amostra por conveniência de 16 mulheres entre 60 e 89 anos.

Esta escala foi traduzida para o português e encaminhada a três pesquisadores da área de gerontologia com o domínio do inglês e português; foi aplicada e reaplicada depois de sete dias da primeira avaliação para a obtenção da confiabilidade.

Verificou-se um índice quase perfeito e um intervalo de confiança significativo tanto na reprodutibilidade ($R_{icc}=0,89$) quanto na objetividade ($R_{icc}=0,80$).

Possui uma pontuação que varia de sete (maior nível de dependência) a vinte e um pontos (independência completa), considerando-se independente o idoso capaz de realizar todas as AIVD sem ajuda e, dependente, aquele que precisa de ajuda (SANTOS; VIRTUOSO Jr., 2008) (ANEXO G).

3.8 Análise dos resultados

- Construiu-se um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel, em que os dados foram organizados com dupla digitação e a seguir foi realizada a validação para comparação das digitações;
- Os dados foram importados no aplicativo SPSS - PASW[®] Statistics 17.0 para se realizar as análises estatísticas exploratórias e inferenciais;
- As variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). As variáveis categóricas foram analisadas empregando-se as tabelas de frequência e de contingência;

- Para as variáveis categóricas dicotômicas empregou-se o teste qui-quadrado de McNemar;
- Utilizou-se o teste T pareado para comparar as médias nas amostras dependentes e, assim, identificar se existe diferença significativa entre as medidas repetidas. E o teste T independente para as diferenças entre o terceiro e o sexto mês dos desfechos;
- O nível de significância adotado é 0,05. No entanto, os valores de p devem ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

3.9 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do HCFMRP-USP e aprovado segundo o processo número 6794/2009 (Anexo L), conforme as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 196 Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) foi elaborado pela pesquisadora de acordo com as exigências da Resolução. Esse termo foi lido e assinado pelo participante, ou responsável, em duas cópias, das quais uma foi entregue a ele, garantindo seu anonimato.

4 - Resultados

4.1 Situação sociodemográfica

As características sociodemográficas dos 48 sujeitos que participaram do estudo, após três meses da alta hospitalar, estão apresentadas na Tabela 1. É possível notar que a idade média dos participantes foi de 72,4 anos (DP=7,5), com variação de 61 a 88 anos. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (56,2%).

Os idosos casados prevaleceram, com 50% da amostra, seguidos pelos viúvos que corresponderam a 39,6%. O tempo médio de estudo foi de 3,4 anos e a renda familiar para 75,0% dos idosos foi maior que um salário mínimo. Em relação ao arranjo familiar, a grande maioria (89,6%) dos idosos morava acompanhada (seja com integrantes da família ou não).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos idosos (n=48). Ribeirão Preto-SP, 2010-11

Variáveis	Média ($\pm$ dp)	Mediana	Variação Observada	Distribuição em Categorias	n (%)
Idade (anos)					
	72,4 ($\pm$ 7,5)	71,5	[61;88]	60 – 64	8 (16,7)
				65 – 69	14 (29,2)
				70 – 74	8 (16,7)
				75 – 79	10 (20,8)
				80 ou mais	8 (16,7)
Sexo					
				Masculino	27 (56,2)
				Feminino	21 (43,8)
Escolaridade (anos)					
	3,4 ($\pm$ 2,5)	3,0	[0;10]	Analfabeto	6 (12,5)
				1 – 4	35 (72,9)
				5 – 8	4 (8,3)
				9 – 11	3 (6,2)
Estado Civil					
				Solteiro	3 (6,2)
				Casado	24 (50,0)
				Divorciado/ Desquitado	2 (4,2)
				Viúvo	19 (39,6)
Renda Familiar Mensal*					
	1679,2 ($\pm$ 2817,3)		[0;19.000,0]	Não tem	2 (4,2)
				< 510,00	6 (12,5)
				510,00	4 (8,3)
				> 510,00	36 (75,0)
Arranjo Familiar					
				Mora acompanhado	43 (89,6)
				Mora sozinho	5 (10,4)
Número de Comorbidades					
	5,3 ($\pm$ 2,5)	5,0	[2;13]	1-2	4 (8,3)
				3-4	17 (35,4)
				5 ou mais	27 (56,3)

* Salário Mínimo em reais: 510,00

Quanto à presença de comorbidades, 56,3% dos participantes possuíam cinco ou mais morbidades autorreferidas e todos eram portadores, pelo menos, de uma morbidade: o AVC.

Dentre elas, as que mais se destacaram foram: HAS (80,7%), visão prejudicada (48,1%), incontinência urinária/fecal (42,3%), prisão de ventre (34,6%), doenças cardíacas (28,8%), DM (23,1%), insônia (21,2%) e obesidade (19,2%).

4.2 Desempenho cognitivo

4.2.1 Mini-exame do estado mental - MEEM

Em relação ao desempenho cognitivo, apenas um (2,1%) dos idosos entrevistados no terceiro mês, que não apresentaram déficit cognitivo, passou a apresentá-lo na segunda entrevista, após seis meses. Enquanto um idoso (2,1%), que apresentou déficit cognitivo na primeira entrevista, passou a não apresentá-lo na segunda etapa, como ilustra a Tabela 2.

Tabela 2 - Relação entre o déficit cognitivo dos 48 idosos após três e seis meses do episódio de AVC. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Déficit Cognitivo*		6 meses		Total	P
		Sim (%)	Não (%)		
3 meses	Sim (%)	9 (18,8)	1 (2,1)	10 (20,8)	1,000
	Não (%)	1 (2,1)	37 (77,1)	38 (79,2)	
	Total	10 (20,8)	38 (79,2)	48 (100,0)	

* *Teste de McNemar*

4.3 Capacidade funcional

A capacidade funcional foi avaliada através de dois instrumentos: a MIF (Medida de Independência Funcional) e a Escala de Lawton e Brody - a AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária).

4.3.1 Medida de independência funcional - MIF

Estão apresentadas, na Tabela 3, as médias dos valores das dimensões da MIF, com as suas variações, encontradas em cada atividade e que estão agrupadas em tarefas como as de

autocuidado, controle de esfíncter, transferências, locomoção (MIF Motora), comunicação e cognição social (MIF Cognitiva).

Pode-se observar, na tabela abaixo, que houve um progresso no nível de independência funcional, ou seja, os idosos tornaram-se mais independentes, sobretudo para a dimensão autocuidado. Houve exceção apenas para a variável comunicação, sendo que nesse item, houve uma diminuição da sua média entre o terceiro e o sexto mês após o AVC (Tabela 3).

Tabela 3 - Valores e variações das dimensões da MIF após três e seis meses do AVC nos idosos (n=48). Ribeirão Preto - SP, 2010-11

MIF	Variação Possível	3 meses		6 meses	
		Variação Observada	Média $\pm$ dp	Variação Observada	Média $\pm$ dp
Autocuidado	6-42	[8;42]	34,1 (8,9)	[14;42]	36,5 (7,1)
Controle de esfíncteres	2-42	[2;14]	11,6 (3,2)	[2;14]	11,8 (3,2)
Transferências	3-21	[3;21]	17,2 (4,9)	[3;21]	18,2 (4,2)
Locomoção	2-14	[2;14]	9,2 (4,5)	[2;14]	9,3 (4,6)
Comunicação	2-14	[4;14]	11,7 (2,7)	[2;14]	11,6 (2,9)
Cognição Social	3-21	[5;21]	16,5 (4,5)	[4;21]	17,2 (3,9)
Total	18-126	[30;126]	100,3 (24,9)	[45;126]	104,5 (21,9)

Na Tabela 4, ao se compararem as médias dos escores da MIF, no terceiro e sexto mês pós-AVC, verifica-se que os valores aumentaram, ou seja, os idosos se tornaram mais independentes. Isso ocorre para todas as variáveis, exceto para a faixa etária dos idosos mais velhos, pois, a média que era de 98,0 passou a assumir o valor de 89,13, ocasionando assim, um aumento no nível de dependência desses idosos.

Tabela 4 - Escores médios da MIF após três e seis meses do AVC, relacionados ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto- SP, 2010-11

Variáveis	MIF 3 meses Média (± dp)	MIF 6 meses Média (± dp)	Diferença da MIF*	P
Sexo				
Masculino	105,04 (25,5)	110,04 (17,8)	5,0	0,70
Feminino	94,33 (23,4)	97,48 (24,8)	3,14	
Faixa Etária				
Idosos + jovens	100,83 (23,2)	107,63 (18,1)	6,80	0,15
Idosos + velhos	98,0 (34,1)	89,13 (32,5)	- 8,87	
Tipo de AVC				
Isquêmico	100,44 (26,9)	103,64 (23,8)	3,20	0,39
Hemorrágico	100,0 (13,9)	108,44 (8,7)	8,44	

dp: desvio padrão ; $p < 0,05$; * Média da diferençados escores da MIF entre o terceiro e o sexto mês

4.3.2 Atividades instrumentais da vida diária – AIVD

No que tange às AIVD, os idosos de ambos os sexos tornaram-se mais dependentes na segunda avaliação (Tabela 5).

Referente à faixa etária, os idosos mais jovens se mantêm estáveis em relação às três categorias. Houve alterações entre os idosos mais velhos, pois o nível de independentes e dos que necessitavam de ajuda diminuiu, havendo um aumento do número de participantes que se tornaram dependentes.

Em relação ao tipo de AVC, idosos que foram acometidos pelo AVCi se tornaram mais dependentes. Entre os nove idosos acometidos pelo AVCh e que precisavam de ajuda na primeira entrevista, apenas um tornou-se independente na segunda avaliação.

Tabela 5 - A incidência de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) após três e seis meses do AVC relacionada ao sexo e faixa etária. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Variáveis	AIVD					
	3 meses			6 meses		
	Independente (%)	Precisa de ajuda (%)	Dependente (%)	Independente (%)	Precisa de ajuda (%)	Dependente (%)
Sexo						
Masculino	6 (22,2)	20 (74,1)	1 (3,7)	5 (18,5)	20 (74,1)	2 (7,4)
Feminino	2 (9,5)	19 (90,4)	0 (0)	2 (9,5)	18 (85,8)	1 (4,7)
Faixa Etária						
Idosos + jovens	7 (17,5)	32 (80,0)	1 (2,5)	7 (17,5)	32 (80,0)	1 (2,5)
Idosos + velhos	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0)	0 (0)	6 (75,0)	2 (25,0)
Tipo de AVC						
Isquêmico	8 (20,5)	30 (76,9)	1 (2,5)	6 (15,4)	30 (76,9)	3 (7,7)
Hemorragico	0 (0)	9 (100,0)	0 (0)	1 (11,1)	8 (88,9)	0 (0)

A média da magnitude da diferença entre os escores médios das AIVD retrata que apenas em duas variáveis (idosos mais jovens e AVC tipo hemorrágico) a diferença entre o terceiro e o sexto mês foi positiva, ou seja, nessas variáveis houve uma melhora no nível de independência (Tabela 6).

Tabela 6 - Escores médios das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) após três e seis meses do AVC, relacionados ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Variáveis	AIVD		Diferença AIVD*	P
	3 meses Média ± dp	6 meses Média ± dp		
Sexo				
Masculino	16,15 (4,6)	15,96 (4,9)	- 0,18	0,53
Feminino	14,48 (4,5)	13,81 (5,1)	-0,66	
Faixa Etária				
Idosos + jovens	15,40 (4,6)	15,58 (4,9)	0,17	0,02
Idosos + velhos	15,50 (4,6)	12,25 (5,2)	-3,2	
Tipo de AVC				
Isquêmico	15,67 (4,7)	15,13 (5,2)	- 0,5	0,55
Hemorragico	14,33 (3,9)	14,56 (4,6)	0,22	

$p < 0,05$; * Média da diferença dos escores das AIVD entre o terceiro e o sexto mês

4.4 Sintomas depressivos

Com relação à sintomatologia depressiva, houve uma regressão dos valores nas variáveis sexo masculino, faixa etária (idosos mais jovens e idosos mais velhos) e AVCi, quando comparados ao terceiro e sexto mês após o AVC (Tabela 7).

O resultado entre as idosas não é o mesmo, ou seja, houve um aumento no número de mulheres com sintomas depressivos.

Em relação ao tipo de AVC, o hemorrágico manteve-se estável: 4,2% dos idosos que apresentaram sintomas depressivos no terceiro mês continuaram a apresentá-los na segunda entrevista.

Tabela 7 - A incidência de sintomas depressivos após três e seis meses do AVC, relacionada ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Variáveis	Sintomas depressivos					
	Sim (%)	3 meses Não (%)	Total (%)	Sim (%)	6 meses Não (%)	Total (%)
Sexo						
Masculino	7 (14,6)	20 (41,7)	27 (56,3)	3 (6,3)	24 (50,0)	27 (56,3)
Feminino	6 (12,5)	15 (31,3)	21 (43,8)	7 (14,6)	14 (29,2)	21 (43,8)
Faixa Etária						
Idosos + jovens	12 (25,0)	28 (58,3)	40 (83,3)	10 (20,8)	30 (62,5)	40 (83,3)
Idosos + velhos	1 (2,1)	7 (14,6)	8 (16,7)	0	8 (16,7)	8 (16,7)
Tipo de AVC						
Isquêmico	11 (22,9)	28 (58,3)	39 (81,3)	8 (16,7)	31 (64,6)	39 (81,3)
Hemorrágico	2 (4,2)	7 (14,6)	9 (18,8)	2 (4,2)	7 (14,6)	9 (18,8)

Entre indivíduos do sexo masculino verificou-se importante redução na média dos sintomas depressivos entre a primeira e a segunda avaliação ($p = 0,05$), o que não foi identificado entre aqueles do sexo feminino. Entre os idosos mais jovens e entre aqueles acometidos por AVCi também evidenciou-se maior redução na média de sintomas depressivos do que entre idosos mais velhos, embora sem significância estatística (Tabela 8).

Tabela 8 - Escores médios da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) após três e seis meses do AVC de acordo com o sexo, a faixa etária e o tipo de AVC. Ribeirão Preto – SP, 2010-11

Variáveis	GDS		Diferença GDS*	p
	3 meses Média ± dp	6 meses Média ± dp		
Sexo				
Masculino	4,4 (3,2)	2,9 (2,3)	- 1,44	0,05
Feminino	4,9 (3,5)	5,0 (3,5)	0,19	
Faixa Etária				
Idosos + jovens	4,8 (3,4)	3,9 (3,3)	- 0,85	0,52
Idosos + velhos	3,6 (2,3)	3,5 (1,6)	- 1,25	
Tipo de AVC				
Isquêmico	4,5 (3,4)	3,8 (3,2)	- 0,74	0,94
Hemorrágico	4,8 (2,7)	4,1 (2,3)	- 0,66	

*P < 0,05; dp: desvio padrão, * Média da diferença dos escores da GDS entre o terceiro e o sexto mês*

4.5 Acidente vascular cerebral

Quanto aos tipos de AVC, verificou-se que tanto entre os idosos de ambos os sexos, quanto entre os idosos mais jovens e aqueles mais velhos, houve predomínio do AVCi (Tabela 9).

Em relação ao local da lesão entre idosos do sexo masculino, a porcentagem de lesões no lado direito foi igual à do lado esquerdo, representando, cada lado, 29,6% dos acidentes. Entre as mulheres, a lesão ocorreu em maior número do lado esquerdo.

Nos idosos mais jovens, as lesões ocorrem em maior proporção no lado direito do cérebro (35,0%), enquanto que nos idosos mais velhos, 50,0% dos acidentes atingiram o lado esquerdo.

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de AVC e local da lesão no cérebro, de acordo com o sexo e a faixa etária. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Variáveis	Tipo de AVC		Local da Lesão (no cérebro)		
	Isquêmico (%)	Hemorragico (%)	Direito (%)	Esquerdo (%)	Outro local/ NS/NR (%)
Sexo					
Masculino	22 (81,5)	5 (18,5)	8 (29,6)	8 (29,6)	11 (40,7)
Feminino	17 (80,9)	4 (19,1)	7 (33,3)	8 (38,1)	6 (28,6)
Faixa Etária					
Idosos + jovens	32 (80,0)	8 (20,0)	14 (35,0)	12 (30,0)	14 (35,0)
Idosos + velhos	7 (87,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	4 (50,0)	3 (37,5)

Na tabela 10, foram apresentados os valores das médias das variáveis GDS, MIF e AIVD nos terceiro e no sexto meses após o AVC. Com relação à MIF e à GDS, houve uma melhora em seus resultados, mostrando que os idosos se tornaram mais independentes e menos acometidos pelos sintomas depressivos. Para a variável AIVD, o valor no sexto mês foi menor, comparado ao terceiro, o que expressa uma maior dependência na capacidade de o idoso realizar as atividades instrumentais da vida diária.

Embora tenham ocorrido mudanças nessas três variáveis as variações amostrais das médias nos dois momentos são aleatórias, não havendo evidências de que, na população, haja uma mudança temporal desses indicadores, pelo menos, nessa janela de tempo. Ademais, o tamanho amostral não permitiu detectar uma variação dessas medidas.

Tabela 10 - Análise das médias das variáveis Medida de Independência Funcional (MIF), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) nos terceiro e sexto meses após o AVC. Ribeirão Preto - SP, 2010-11

Variáveis	AVC		P
	3 meses após	6 meses após	
MIF	100,3	104,5	0,08
AIVD	15,4	15,0	0,30
GDS	4,6	3,8	0,09

Teste T pareado; $p < 0,05$.

5 - Discussão

5.1 Características sociodemográficas

O envelhecimento é um fenômeno que ocorre em todo o mundo, porém, cada região possui sua singularidade. No Brasil, é um processo recente que ocorre de maneira rápida e acarreta uma mudança no perfil da sociedade. De acordo com o censo de 2010, o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade é de 10,8% da população (IBGE 2010a). A tendência para o ano de 2020 é de que os idosos atinjam um total de 28,3% da população no Brasil (IBGE, 2009), sofrendo um aumento percentual maior, quando comparado às outras faixas etárias (IBGE, 2002). Para o país, a relação é de 96,0 homens para cada 100 mulheres, ou seja, há uma predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil (IBGE 2010a).

À medida que aumenta a idade, a tendência é de que o contingente feminino seja maior que o masculino em função do maior índice de mortalidade entre os homens (CAMARANO, 2003). O resultado desse processo acarreta a maior longevidade feminina, que apresenta maior expectativa de vida, de 73 anos comparados aos 69 anos dos idosos do sexo masculino no país (IBGEb, 2010b). No presente estudo, a idade dos participantes variou de 61 a 88 anos, a média de idade foi de 72,4 anos, com apenas 16,7% de idosos acima dos 80 anos.

A cidade de Ribeirão Preto é composta por 604682 habitantes. A população idosa corresponde a 76272 (12,6%), sendo a maioria, 58,7%, representada por mulheres (CENSO 2010 W).

Vale ressaltar também o estudo de Rosset-Cruz (2009), realizado na mesma cidade e em Caxias do Sul (RS), com idosos mais velhos (acima de 80 anos de idade) que vivem na comunidade, sendo que o número de idosas é de 67% da amostra estudada nos dois municípios. A maior proporção de mulheres comparadas aos homens também pode ser observada em outros estudos nacionais (PEDRAZZI et al.; 2007; GRATÃO, 2010; FHON, 2011) e internacionais (WHYTE et al., 2004; SKANER et al., 2007; GAZZOLA et al., 2009).

Nesse contexto, a proporção de idosos do sexo masculino é menor quando comparada ao feminino, tanto no Brasil como em Ribeirão Preto, quando considerada a população em geral. Porém, quando considera apenas os que são acometidos por AVC, tanto os dados

encontrados no presente estudo, quanto os dados de outros estudos nacionais e internacionais apresentaram maior frequência de idosos do sexo masculino.

A proporção de homens neste estudo foi de 56,2%, contrastando com o que ocorre na comunidade. Os idosos do sexo masculino também foram prevalentes em outros estudos nacionais e internacionais, com idosos que sofreram AVC (MARQUES, 2006; ROCHETTE, 2007; BILGE et al., 2008; GREENOP, 2009).

A alta prevalência de idosos do sexo masculino, 67,5% e 66,7%, também foi encontrada em pesquisas realizadas com pacientes que sofreram AVC e foram internados em um hospital de Istambul, na Turquia (BILGE et al., 2008) e em outro, de Perth, na Austrália (GREENOP et al.; 2009), respectivamente.

Considerando-se que o fumo é um dos principais fatores de risco para o AVC e estudos mostram maior prevalência de fumantes do sexo masculino entre os idosos (FELICIANO et al., 2004; ROSSET-CRUZ, 2009), tal achado pode ser, pelo menos parcialmente, explicado por esse fator.

Com relação ao estado civil, metade da amostra correspondia aos idosos casados, seguidos pelos viúvos, com representatividade de 39,6%. Dados similares foram encontrados no estudo de Pereira et al. (2009), realizado com idosos que sofreram AVC e viviam na comunidade de uma cidade do interior do Rio de Janeiro.

Embora 72,9% dos idosos tenham frequentado a escola por pelo menos quatro anos, 12,9% deles eram analfabetos. O índice de analfabetismo, com valores aproximados, é encontrado também em outros estudos (SCHIAVETO, 2008; FHON, 2011) e com proporções ainda maiores (FARINASSO, 2004; FELICIANO et al., 2004; MACIEL; GUERRA, 2006; PEREIRA et al., 2009). Tal condição é possivelmente devido à dificuldade que os idosos tinham em frequentar a escola, seja pela condição financeira precária, seja pela falta de acesso e de incentivo dos pais, uma vez que os filhos deveriam trabalhar para ajudar no cuidado ou sustento da família, que na maioria das vezes, era numerosa.

O analfabetismo, além de interferir nas condições de vida, é uma realidade que reflete nos níveis de desigualdades sociais encontrados no país. A diferença no tempo de estudo entre os idosos está relacionada à organização social, à região onde mora, à renda familiar e do próprio idoso.

Em 2009, 14,1 milhões de pessoas eram analfabetas e os idosos representavam 42,6% desse contingente. Embora seja uma alta taxa, o analfabetismo entre as pessoas de 15 anos ou mais de idade baixou de 13,3% em 1999 para 9,7% em 2009 (IBGE, 2010b).

Com relação à renda familiar, cabe destacar que o valor encontrado corresponde à renda de todos os integrantes da família e não apenas à do idoso (quando se trata apenas dele, o valor cai drasticamente). Embora a média encontrada nesse estudo tenha sido alta, ela não é representativa, visto que apenas uma família possuía renda mensal referente a 37,3 salários mínimos. Torna-se importante destacar que apenas 10,4% dos idosos moravam sozinhos.

Os dados da presente pesquisa foram coletados em um hospital público, haja vista que a maioria dos usuários possui baixa renda. O hospital utilizado para coleta dos dados foi a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP (situado no município de Ribeirão Preto - SP). A UE é um hospital público que atende, em sua maioria, pessoas carentes. O atendimento de convênios e da clínica particular, realizado na Clínica Civil, corresponde a apenas 6% do atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido em Termo de Ajuste de Consulta, firmado em 1999¹. Os dados encontrados entre a relação do alto índice de analfabetismo e da baixa renda são representativos quando se trata dos idosos internados no hospital estudado.

Como se trata de âmbito hospitalar, é comum que os pacientes sejam portadores de morbidades mais complexas. Assim, além de outras comorbidades associadas ao AVC, todos os participantes referiram ser portadores de pelo menos uma morbidade, enquanto que 56,3% deles relataram possuir o diagnóstico de cinco ou mais doenças. A média de morbidades por idosos foi de 5,3, com DP: +/- 2,5. Algumas das morbidades referidas pelos idosos são consideradas fatores de risco para o AVC, como a HAS, DM, doença cardíaca e obesidade (AHA; ASA, 2011). A HAS foi a morbidade mais prevalente entre os idosos (80,7%); o DM corresponde a 23,1%, as doenças cardíacas a 28,8% e a obesidade, 19,2%.

Radanovic (1999) afirma que a HAS é o principal fator de risco para o AVCi, pois está presente em aproximadamente 70,0% dos casos de doenças cardiovasculares. O segundo fator de risco mais importante para o AVC é a cardiopatia e sua frequência entre os pacientes que sofreram AVCi pode chegar a 41,9%, enquanto que para os sobreviventes do AVCh esse número cai drasticamente, atingindo apenas 2,0%. Em relação ao DM, cerca de 23% dos sobreviventes ao AVCi possuíam a morbidade.

No estudo realizado com idosos com idade acima de 80 anos, que viviam nas comunidades de Caxias do Sul - RS e Ribeirão Preto - SP, a média de morbidades foi de 7,6 e 5,9, respectivamente. Na primeira cidade, todos os idosos referiram possuir pelo menos uma doença crônica, corroborando com o presente estudo, enquanto que na segunda, 98% dos idosos fizeram tal referência (ROSSET-CRUZ, 2009). Contudo, o referido e o presente estudo diferiram na faixa etária estudada e nas características da amostra, pois este considerou apenas idosos já acometidos por AVC.

Outro estudo com idosos que sofreram AVCi em um hospital secundário na cidade de São Paulo constatou que, concordando com a literatura, a HAS foi a morbidade mais prevalente e acometia 87,8% dos pacientes (85,5% entre os homens e 90,3% entre as mulheres, não havendo diferença significativa entre eles) e a maioria apresentou alteração nos valores das pressões sistólica e diastólica. Com relação ao DM, não houve diferença significativa na frequência da morbidade entre os sexos e a doença atingiu apenas 19,9% da amostra. A frequência das cardiopatias foi de 27% e não houve diferença significativa entre os homens e as mulheres. Embora não seja significativa, a frequência dessa morbidade é maior para os idosos com mais de 70 anos (31,5%). As principais cardiopatias registradas no estudo foram: infarto agudo do miocárdio prévio, casos de arritmias e insuficiência cardíaca congestiva (PIRES et al., 2004).

Para Noël et al. (2004), Pedrazzi et al. (2007), Skanér et al., (2007), Rosset-Cruz (2009) e Fhon (2011), a morbidade mais referida pelos idosos foi a HAS, dados esses semelhantes ao presente estudo. A HAS é uma morbidade que possui um diagnóstico rápido e pode ser identificada na atenção básica de saúde. É uma morbidade com ampla divulgação e conhecida pela população, embora ainda a não adesão ao tratamento seja alta.

Nesse estudo, investigou-se também a importância de se avaliar a função cognitiva dos idosos. Utilizou-se o instrumento de Bertolucci (1994), em que os escores são estabelecidos comparando-se a cognição com os anos de escolaridade dos mesmos.

Por se tratar de um estudo com 48 idosos e por ter sido realizado em um pequeno período de tempo (diferença de três meses), não foi possível observar diferenças significativas nas duas etapas da coleta de dados no item da função cognitiva. Do total dos idosos, apenas dois sofreram alteração na função cognitiva no período entre a primeira (três meses após o AVC) e a segunda avaliação (seis meses após o AVC); ou seja, um (2,1%) idoso que apresentava déficit cognitivo na primeira entrevista passou a não apresentá-lo na segunda e

um idoso que não apresentava o déficit quando entrevistado pela primeira vez passou a apresentá-lo na segunda. Portanto, a proporção de idosos com déficit cognitivo se manteve estável nas duas avaliações representando 20,8% da amostra.

Os artigos publicados no Brasil sobre depressão após o AVC e a função cognitiva são escassos. Os trabalhos sobre função cognitiva foram publicados por alguns autores tais como no estudo realizado em Santo Antônio de Pádua - RJ, que utilizou o mesmo instrumento, porém com idosos residentes na comunidade e a prevalência dos transtornos cognitivos foi de 16,5% (LAKS et al., 2003). O estudo de Rosset-Cruz (2009) descreve valores ainda maiores entre os idosos que vivem no domicílio de Ribeirão Preto - SP e Caxias do Sul - RS, correspondendo a 31% e 31,6%, respectivamente. Entretanto, esse estudo considerou idosos de 80 anos ou mais, ou seja, com uma proporção maior esperada de indivíduos com déficit cognitivo.

Em um estudo realizado com pessoas entre 40 e 90 anos, que deram entrada em hospitais da capital do Rio Grande do Norte, com diagnóstico de AVC, pode-se observar uma diferença estatisticamente significativa entre as médias cognitivas dos pacientes em relação à escolaridade. A média do MEEM para os pacientes analfabetos foi 15,92 (+/- 3,75), enquanto para os alfabetizados o valor foi 19,32 (+/- 5,0). É importante ressaltar que, no mesmo estudo, houve uma relação significativa entre o estado neurológico e o desempenho cognitivo ($r = -0,34$; $p = 0,002$), respectivamente, ou seja, quanto maior a gravidade do estado neurológico, menor o desempenho cognitivo do participante (COSTA et al., 2011), fato esse de grande relevância na reabilitação.

5.2 Acidente vascular cerebral

É uma morbidade que pode acometer pessoas de todas as idades, porém, é mais prevalente entre os idosos, uma vez que aumenta os fatores de risco, diante das morbidades e da não adesão ao tratamento (MUTARELLI, EVARISTO, 2005).

O AVC corresponde à terceira causa de morte no mundo (AHA; ASA, 2011) e à primeira no Brasil (EVARISTO, 2007). Cabe ressaltar os altos índices de internações hospitalares ocasionados por essa doença, bem como as sequelas e os principais desfechos que são as incapacidades nos sobreviventes e a alta taxa de mortalidade (CAMARANO, 2005; EVARISTO, 2007; YAMAMOTO, 2009).

O comprometimento neurológico causado pelo AVC está diretamente relacionado ao local e tamanho da lesão (AHA; ASA, 2011) e pode ocasionar sequelas motoras globais,

distúrbio mental, intelectual, sensorial, do campo visual, da fala (afasia ou disartria), deglutição e linguagem (MAZZOLA et al., 2007).

O tipo de AVC mais prevalente é o isquêmico, que corresponde a aproximadamente 80% dos eventos, como mostram os estudos nacionais (CABRAL et al., 1997, PEREIRA et al., 2009) e internacionais (SKANÉR, et al., 2007; BILGE et al., 2008; OSTIR et al., 2008; QIU, LI; 2008). Dados similares a esses mostrados na literatura foram encontrados no presente estudo, em que 81,2% dos idosos foram acometidos pelo AVCi.

Com relação à idade, os idosos mais velhos foram, proporcionalmente, mais acometidos pelo AVCi, em comparação aos idosos mais jovens. O fato de o AVC ser mais prevalente em idosos mais velhos pode estar relacionado ao processo de envelhecimento, pois a idade é um dos principais fatores de risco não modificáveis (ASA, 2011). Outros fatores de risco, considerados modificáveis e que podem interferir na incidência do AVC nos idosos são as doenças crônicas como a HAS, o DM, as doenças cardiovasculares, entre outras (DONNAN et al., 2008).

Além do tipo de AVC, é importante que se saiba a diversidade etiológica, o número de episódios, a extensão e a localização da lesão cerebral. Ainda que os hemisférios direito e esquerdo do cérebro pareçam, a imagem, um do outro, no espelho, existe uma importante diferença funcional entre eles: a dominância cerebral (quando um hemisfério, em relação ao outro, é dominante para uma determinada função). A linguagem e o raciocínio matemático são representados no hemisfério esquerdo, embora haja diferença entre os indivíduos. As habilidades não verbais – habilidades manuais, percepções visuais sonoras e do meio ambiente são representadas no hemisfério direito (KANDEL et al., 2003).

No presente estudo, o local da lesão no cérebro foi informado pelo próprio idoso, pelo familiar ou foi verificado através da guia de contrarreferência entregue pelo hospital. Dessa forma, para 35,4% dos entrevistados não foi possível afirmar o local do cérebro que foi acometido pelo episódio vascular, seja porque foram ambos os hemisférios atingidos (direito e esquerdo) ou porque não foi especificado na contrarreferência. Para o restante, 31,3% dos idosos sofreram o acidente no hemisfério direito do cérebro e, 33,3%, no esquerdo

Num estudo prospectivo, realizado na Austrália com pessoas que sofreram AVC, foram encontrados 52,9% de pacientes com lesões do lado direito do cérebro, 37,3% do lado esquerdo, 7,8% bilateral e apenas 2% foram indeterminados (GREENOP et al., 2009). O hemisfério direito do cérebro também foi o mais acometido, com 55,7% dos acidentes, na pesquisa realizada por Rochette et al. (2006), que acompanharam 88 sujeitos, com média de idade de 71,8 anos, por seis meses após o primeiro episódio do AVC. Para esse mesmo

estudo, a lesão no hemisfério esquerdo do cérebro representou 35,2%, enquanto 9,1% dos sujeitos sofreram a lesão bilateralmente.

Além do local da lesão, é importante ressaltar os dois principais desfechos do AVC: as incapacidades e a mortalidade. A última pode variar de acordo com a idade, o sexo e o subtipo de AVC, e tem sofrido um declínio lento e gradual no Brasil, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que são as regiões mais desenvolvidas do país (SOUZA et al., 2006). Para esses autores, o declínio da mortalidade pode, provavelmente, ser um reflexo das mudanças no comportamento da população frente a alguns fatores de risco como o tabagismo, dislipidemia, DM e HAS, bem como nos avanços farmacológicos e tecnológicos referentes ao tratamento da morbidade.

Sendo assim, a incapacidade funcional tem importante associação com as doenças crônicas nos idosos. As sequelas do AVC podem interferir na capacidade de o idoso desempenhar as suas atividades do cotidiano (ROSA et al., 2003), o que pode causar um impacto na funcionalidade e torná-lo dependente de outra pessoa.

Com relação às alterações funcionais, o quadro clínico mais comum nos sobreviventes do AVC está relacionado às alterações dos movimentos durante as tarefas funcionais. Dentre os acometidos por essa morbidade, 60% continuam a apresentar disfunções motoras residuais após um ano do evento (CAURAUGH, 2000). Os sinais mais comuns dessas disfunções são a hemiplegia, que corresponde à ausência de movimentos voluntários e a hemiparesia que corresponde à diminuição dos movimentos voluntários, ambos contralaterais à lesão encefálica (SIENG et al., 2007).

As limitações ocasionadas pelo AVC podem interferir no desempenho funcional e acarretar consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e da comunidade. As complicações psiquiátricas podem atuar como fator determinante na incapacitação após o AVC e, dentre elas, a depressão, que é a mais prevalente e a que mais tem sido associada a um pior prognóstico. Torna-se essencial conhecer os fatores de risco e a natureza dessa morbidade para que um diagnóstico precoce seja realizado e então se inicie previamente o tratamento.

5.3 Capacidade funcional

A CF é definida como a capacidade de o indivíduo realizar as atividades do dia-a-dia, mantendo as habilidades físicas e mentais para uma vida autônoma e independente

(GORDILHO et al., 2000). A incapacidade funcional caracteriza-se pela dificuldade ou impossibilidade de se desempenhar essas atividades (ROSA et al., 2003).

No presente estudo, a avaliação da CF foi realizada por meio de dois instrumentos: a MIF e a Escala de Lawton e Brody (AIVD).

Com relação às dimensões da MIF, pode-se observar que elas estão agrupadas em MIF Motora (autocuidado, controle de esfíncter, transferências e locomoção) e MIF Cognitiva (comunicação e cognição social). Nesta pesquisa, houve um aumento na pontuação de todas as médias das dimensões, ou seja, os idosos tiveram um progresso no nível de independência funcional, quando se compara o terceiro com o sexto mês após o AVC, exceto para a dimensão comunicação.

Na revisão da literatura, vários autores descrevem sobre a capacidade funcional do idoso, indiferentemente do tipo de morbidade ou de causas externas. Gordilho et al. (2000) descrevem que o conceito de saúde do idoso deve levar em consideração o próprio conceito de saúde da OMS, que define a saúde como um bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças, bem como o conceito de CF, considerando que o envelhecimento fisiológico, associado ou não às morbidades, pode trazer mudanças nos vários sistemas do corpo, o que pode comprometer as atividades funcionais e instrumentais e dificultar o desenvolvimento das tarefas do cotidiano.

Diante disso, alguns estudos que utilizaram instrumento de avaliação como a MIF e a AIVD retratam que tais atividades também são comprometidas.

Assim, Biazin (2005), em um estudo sobre a CF com idosos após o trauma, mostrou uma diminuição da média da MIF total (de 123,5 para 118,5), com maior impacto na MIF motora. O autor obteve escores mais altos nas médias da MIF total quando comparados ao presente estudo e ao de Rosset-Cruz (2009). Esse resultado mostra que os idosos se tornaram mais dependentes após o trauma sofrido. Em relação à MIF motora, que sofreu maior impacto, observou-se que, na dimensão de autocuidado, as duas principais atividades em que os idosos passaram a ter maior dependência após o trauma foram tomar banho e capacidade de se vestir. Com relação ao controle de esfíncteres, o nível de dependência para o controle de fezes e urina foi bastante semelhante. A transferência para o chuveiro foi a que sofreu maior repercussão na dimensão mobilidade. Com relação à locomoção, a categoria marcha e subir e descer escadas sofreu maior impacto e causou maior dependência nos idosos (BIAZIN, 2005).

Outro estudo, do tipo transversal, realizado com idosos que viviam na comunidade de uma cidade do interior de Santa Catarina, com o objetivo de avaliar a CF e os fatores associados, os autores observaram que 37,1% dos idosos apresentaram CF inadequada e a

prevalência foi maior entre as mulheres (43,1%). Para o mesmo estudo, quanto menor a renda total do domicílio, maior era a prevalência da CF inadequada (FIEDLER; PERES, 2008).

As mulheres também foram prevalentes no estudo realizado com 30 mil idosos, que abrangeu as cinco regiões do país, no intuito de estimar a prevalência da incapacidade e mobilidade física. O fato de a mulher ter uma sobrevida maior quando comparada ao homem não quer dizer que ela viva em melhores condições de saúde; ao contrário, elas vivem mais, porém com maiores dificuldades funcionais que os homens, fato esse que ocorre em outros países. Isso não quer dizer que as mulheres desenvolvem mais incapacidades que os homens, mas sim que elas sobrevivem mais tempo com suas limitações (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

A avaliação da CF também foi utilizada no estudo de Fhon (2011) para avaliar os idosos frágeis que vivem na comunidade e sua relação com a queda. Os instrumentos de avaliação foram a MIF e a AIVD; os resultados mostraram que houve relação entre sofrer quedas e a diminuição da CF do idoso. Vale destacar também que os dados demonstraram que o maior nível de dependência do idoso está relacionado à idade acima de 80 anos, a diferentes níveis de fragilidade e à presença de morbididades.

Rosset-Cruz (2009), realizou um estudo comparativo com idosos acima de 80 anos que vivem em dois distintos municípios. O autor utilizou para a avaliação da CF os mesmos instrumentos de Fhon (2011). O escore médio total encontrado foi maior em Ribeirão Preto - SP (108,2) quando comparado a Caxias do Sul - RS (102,9), indicando um maior nível de independência entre os participantes da primeira cidade ($p = 0,058$). Essa diferença pode estar relacionada, pelo menos parcialmente, ao maior número de idosos com comorbidades nesta cidade.

Com relação à presente pesquisa, o escore médio total da MIF no terceiro mês correspondeu a 100,3, um valor inferior quando comparado aos dois encontrados na pesquisa acima. Porém, na segunda avaliação (após seis meses do AVC), esse escore sofreu um aumento, atingindo o valor de 104,5, o que demonstra que houve uma maior independência desse grupo estudado.

Verifica-se que houve também, no presente estudo, uma maior independência dos idosos da primeira para a segunda avaliação, porém, com algumas diferenças nas suas médias, em relação ao sexo, faixa etária e tipo de AVC. A exceção ocorre na faixa etária relacionada aos idosos mais velhos, que apresentaram uma variação negativa, ou seja, houve uma redução de 9,05% em relação à média do terceiro para o sexto mês. Embora a maioria das variáveis

tenha apresentado um progresso em relação à capacidade funcional, os valores não foram estatisticamente significativos.

As incapacidades podem ser acarretadas por diversas morbidades (que constituem um importante problema de saúde pública entre a população) e contribuem para a dependência ou diminuição da longevidade. A grande maioria dos idosos é portadora de pelo menos uma doença crônica (RAMOS et al.; 1993). Uma morbidade importante de ser citada é o AVC, pois além de ser a principal causa de morte no país, ela pode ocasionar vários tipos de incapacidades e as chances para a ocorrência de dependência entre os idosos podem ser maiores que seis vezes (ROSA et al., 2003), a depender do tipo de lesão sofrida.

Em um estudo realizado na cidade de Campinas - SP, com pessoas que sofreram AVC e possuíam 55 anos ou mais, utilizou-se a MIF para avaliar a capacidade funcional e constatou-se que o aumento da idade, a falta de acesso à reabilitação e a presença de cuidador tiveram influências negativas nas medidas da capacidade funcional (CRUZ, 2004).

Skanér et al. (2007) realizaram um estudo de seguimento, na Suécia, com 145 pacientes e a média foi de 73,3 anos, num período de três e 12 meses após o AVC. Os autores identificaram que essa morbidade está fortemente associada ao autorrelato de saúde precária. Além disso, entre as duas avaliações, houve um aumento dos sintomas depressivos, sendo que a taxa foi considerada alta diante dos dados da literatura, isto é, 63% e 71%, respectivamente, após três e doze meses. Cabe destacar ainda que a maioria dos pacientes era independente ou parcialmente dependente após o AVC, sendo que 21% relataram maior grau de dependência 12 meses após o evento.

Os dados do estudo de Rodrigues et al. (2008) indicam que as morbidades, principalmente o AVC, a catarata e a osteoporose, fazem declinar algumas AVD e AIVD do idoso. Com relação ao AVC, as atividades instrumentais são as que mais comprometeram a vida dessa população.

Devido ao grande número de pessoas que, na fase de reabilitação do AVC, sofrem iatrogenias, como a pneumonia, causada pela aspiração atribuída a graus variados de disfagia, Brandão et al. (2009) realizaram uma pesquisa e avaliaram a CF nos idosos na fase crônica do AVC, com e sem dificuldade de deglutição. A CF foi similar nos grupos com e sem a disfagia, todavia, a sua presença não alterou as atividades do cotidiano desses pacientes. Vale ressaltar que pacientes intubados ou com afasia foram excluídos do estudo. Esses sujeitos que foram excluídos poderiam apresentar a CF prejudicada em um maior grau do que os participantes.

A CF foi verificada também, na presente pesquisa, através do instrumento que avalia as AIVD. Ao comparar as duas entrevistas, três e seis meses após o AVC, com relação à dependência nas AIVD, os idosos que sofreram AVCi, de ambos os sexos e na faixa etária acima dos 80 anos, apresentaram uma diminuição dos valores médios, ou seja, tornaram-se mais dependentes para as AIVD. Entre os idosos mais jovens e os que sofreram AVCh, os valores médios aumentaram, embora em pequena dimensão.

Como as AIVD estão relacionadas às atividades como contar dinheiro, fazer compras, utilizar o meio de transporte, à medida que o idoso demonstra algum grau de dependência, ele pode ter a sua autonomia prejudicada. Em muitas situações, como encontradas na presente pesquisa, ele é capaz de realizar essas atividades sozinho, mas não as realiza, devido à preocupação ou ao medo por parte dos familiares/cuidadores, de que ocorra outro episódio e ele esteja sozinho ou fora de casa. Em grande parte dos casos, os familiares não propiciam mais essas atividades para os idosos. Na análise dessas atividades, como o raciocínio para cuidar das finanças, tomar transportes sozinhos, fazer compras, dificuldades na memória, são consideradas mais complexas, uma vez que há necessidade de o idoso utilizar estratégias de compreensão, de comunicação, de fazer contas, lembrar senhas, dentre outras. Assim, entra no sistema da vida do idoso, a família, para que ele dê conta dessas atividades.

Os idosos que não realizam as AIVD (seja porque não conseguem ou porque não o deixam tentar) passam a ser considerados como uma pessoa sem autonomia, incapaz de realizar tais atividades e isso pode prejudicar a sua vida pessoal e social. Tal mudança pode acarretar transtornos tanto para a família quanto para o próprio idoso. Além das incapacidades físicas, existem também as psíquicas. Dentre as complicações psiquiátricas mais frequentes, nos pacientes que sofreram AVC, está a depressão (TERRONI et al., 2003).

A relação da incapacidade funcional com os sintomas depressivos é bidirecional, ou seja, alguns estudos (COLE; DENDUKURI, 2003; SCHILLERSTROM et al., 2008) apontam o aumento do nível de dependência devido à presença de sintomas depressivos, enquanto outros não fazem essa associação. A incapacidade funcional pode ser um fator de risco ou um desfecho de sintomas depressivos.

5.4 Sintomas depressivos

A depressão é um transtorno de humor que pode acarretar manifestações clínicas como: prejuízo da capacidade de sentir alegria ou prazer e perda da reatividade aos estímulos positivos. Os indivíduos com sintomatologia depressiva tendem a desenvolver um sentimento

de baixa autoestima, culpa, desesperança, tristeza, apatia, tédio, fadiga, falta de sentido para a vida. O pensamento fica mais lento e pode afetar o raciocínio, a atenção, a concentração e a memorização. Ideias de conteúdo negativo surgem como o pessimismo, a culpa, a morte e o suicídio. Há uma redução da energia física e psíquica, com perda de iniciativa para realizar as atividades cotidianas (MORENO et al., 2009).

Esses sintomas podem ser desencadeados após mudanças ocorridas na vida, assim como a perda de algo/alguém valioso e de extrema importância. Como o envelhecimento é uma fase da vida que passa por várias mudanças e perdas, espera-se que as pessoas mais velhas tenham uma propensão maior a desenvolver os transtornos depressivos (SNOWDON, 2002).

Para o diagnóstico da depressão, além dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV e CID-10, há os instrumentos de avaliação e rastreio de saúde mental, como o GDS, que foi utilizado nesse estudo, na versão reduzida (15 itens). Principalmente na população idosa, o diagnóstico da depressão requer uma abordagem especial (FLINT, 2004), pois a tendência, com o passar do tempo, é de que ocorram algumas mudanças na estrutura de vida, como a preferência por ficar em casa, diminuição do sono e do prazer nas atividades cotidianas, ruminações sobre o passado e perda de energia (GAZALLE et al., 2004).

A depressão é uma consequência comum após o AVC. Essa doença apresenta uma prevalência estimada de 25 a 79% (GORDON; HIBBARD, 1997), que está relacionada ao local e extensão da lesão no cérebro, local de moradia, situação socioeconômica, instrumento utilizado para categorizá-la, as sequelas e incapacidades causadas (BARBOSA et al., 2005).

Foram encontrados na literatura dois trabalhos que apresentam porcentagens inferiores à prevalência estimada. Em um estudo longitudinal e prospectivo realizado com idosos que viviam na área rural da Pensilvânia, a depressão foi referida por 8,5% dos participantes que sofreram AVC (WHYTE et al., 2004). Esse resultado apresenta valores próximos de um trabalho realizado com 4020 pessoas, de diferentes idades e que viviam na comunidade de Rasht, Irã, em que 9,7% dos participantes foram diagnosticados com sintomatologia depressiva com prevalência do transtorno depressivo menor, porém sem relação com morbidades (MODABERNIA et al., 2008).

Assim, no presente estudo, pode-se observar que, na primeira entrevista (realizada três meses após o AVC), participantes que apresentaram sintomas depressivos correspondiam a 27,1%, enquanto na segunda avaliação (seis meses após o AVC), a proporção foi de 20,8%. Essa diminuição ocorreu com os idosos do sexo masculino, em maior proporção, e representou uma queda de 8,3 pontos percentuais que equivale a, aproximadamente, 57,1%. A

análise das variáveis faixa etária (idosos mais jovens e idosos mais velhos) e idosos que sofreram o AVCi mostra que nesses itens também houve redução da sintomatologia depressiva, porém em taxas menos expressivas que as citadas anteriormente. Entre as idosas houve um discreto aumento (16,7%) no número de pacientes com sintomas depressivos e, para os idosos acometidos pelo AVCh, não se observou variação.

No estudo realizado em Juiz de Fora-MG, também em duas etapas, com idosos residentes na comunidade, os participantes que apresentaram sintomas depressivos na primeira sofreram uma melhora ou remissão da condição na segunda medida (BATISTONI et al., 2010). Para os mesmos autores, assim como para a presente pesquisa, as mulheres apresentaram um aumento da pontuação na segunda medida, enquanto os homens tiveram uma melhora da condição depressiva.

No entanto, há uma relação importante entre a sintomatologia depressiva, o sexo e a idade dos idosos (STEK et al., 2004), como também foi demonstrado nessa pesquisa. As idosas, assim como os idosos mais velhos, foram mais acometidas pela sintomatologia depressiva no estudo realizado com idosos que vivem na comunidade, porém sem relação com morbidades (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009; ROSSET-CRUZ, 2009).

O fato de as idosas serem mais diagnosticadas com a sintomatologia depressiva pode estar relacionado à maior procura pelo serviço de saúde, quando comparada aos homens, que procuram menos esses serviços; ou porque há um maior número de mulheres viúvas e a falta do companheiro pode afetar o humor.

No estudo de Maciel e Guerra (2006), realizado na comunidade de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, 25,5% dos idosos possuíam sintomatologia depressiva. Trata-se de uma região com recursos sociais escassos, com baixos índices de escolaridade e renda. O déficit cognitivo atingiu 26,8% dos sujeitos. Algumas variáveis tiveram significância estatística quando comparadas à depressão, como por exemplo: escolaridade, doenças pulmonares e AVC, função cognitiva, AVD, AIVD, percepção de saúde atual, ocorrência de atividades nas horas livres e o número de internações no último ano. Para o mesmo estudo, os idosos analfabetos, com 75 anos ou mais, que mencionaram má percepção de saúde e eram dependentes para as AIVD, foram os que mantiveram uma associação independente para a presença da sintomatologia depressiva.

Na pesquisa, de caráter transversal, realizada no sul do país, na comunidade de Pelotas-RS, uma análise multivariável indicou escores de sintomas depressivos estatisticamente maiores nas idosas, nos participantes com idades avançadas, que possuíam uma baixa escolaridade, não tinham um trabalho remunerado, que sofreram por uma morte de

familiar ou de uma pessoa bem relacionada com ele no último ano ou porque eram fumantes (GAZALLE et al., 2004 B).

O cenário de pobreza que muitas vezes está ligado à escassez de recursos e suportes sociais, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou até mesmo à falta de entendimento (alto índice de analfabetismo) pode acarretar ou estar relacionado à alta prevalência da sintomatologia depressiva (COSTA et al., 2001a; FELICIANO et al., 2004).

Além das variáveis relacionadas acima, a sintomatologia depressiva pode estar associada ao AVC, às incapacidades funcionais e ambos podem ser a causa ou o desfecho. O AVC pode causar limitações no desempenho funcional, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e na qualidade de vida. As complicações psiquiátricas são fatores determinantes da incapacitação após o AVC e dentre as complicações, a depressão além de ser mais prevalente (HACKETT et al., 2003) é a que está associada ao pior prognóstico (TERRONI et al., 2003).

Em Minas Gerais, os sintomas depressivos estiveram significativamente associados à dependência funcional para as AIVD e dificuldades para dormir. Nesta pesquisa, foram estudados idosos que vivem em uma comunidade de Montes Claros, através da Estratégia de Saúde da Família. Nesta amostra, 20,9% dos idosos foram acometidos pelos sintomas depressivos, 96,9% foram considerados independentes para as ABVD e 13,2% demonstraram dependência funcional para as AIVD (HOFFMANN et al., 2010).

A sintomatologia depressiva também está associada ao prejuízo cognitivo (avaliado pelo MEEM), assim como às AVD (STEK et al., 2004). Esses achados também foram encontrados no estudo de Rosset-Cruz (2009); na cidade de Ribeirão Preto, os sintomas depressivos estavam relacionados ao número de comorbidades, AIVD, MIF e MEEM (em ordem decrescente), em Caxias do Sul, mantiveram-se as mesmas variáveis, contudo, houve inversão na intensidade da correlação: MIF, MEEM, AIVD e comorbidades.

Foram realizadas, na presente pesquisa, análises das variáveis MIF, AIVD e GDS em relação ao terceiro e sexto mês após o AVC. Observou-se que, para a variável MIF, houve um aumento das médias, o que acarretou um maior índice de independência dos idosos. Ainda descrevendo a CF, percebe-se que em relação às AIVD, houve uma diminuição do valor das médias do terceiro para o sexto mês, embora seja uma diferença mínima. A diminuição também ocorreu com a escala de GDS, de forma que, para essa variável, houve um progresso em relação à sintomatologia depressiva.

O tempo entre as duas medidas (três e seis meses após o AVC) pode apresentar mudanças significativas relacionadas ao processo de envelhecimento, diante dos dados dinâmicos e

multidimensionais dos sintomas depressivos, da avaliação funcional e do AVC de idosos internados em um hospital terciário, e contribuem com a literatura, diante de escassos trabalhos nessa área emergente frente aos dados epidemiológicos do AVC no país.

Hadidi et al. (2009) realizaram uma revisão da literatura sobre a depressão após o AVC e as atividades funcionais dos pacientes. Dos 27 artigos selecionados, todos exploraram o relacionamento da depressão com a função cognitiva e identificaram forte associação entre essas variáveis. Eles destacam ainda que a depressão pode acarretar um déficit na função cognitiva, entretanto, essa avaliação, muitas vezes, torna-se complexa. Nessa revisão, os autores destacaram o artigo de Fultz et al. (2003), em que identificaram uma correlação entre a perda cognitiva e as AVD, no pós AVC.

Estudos com pacientes após o AVC e outras comorbidades, como a depressão, precisam ser mensurados, principalmente com idosos muitas vezes afásicos, com baixo suporte social, conforme descrito no estudo de Morris et al. (1993), que seguiram pacientes após o AVC por 10 anos, e identificaram que o baixo contato social elevou o número de óbitos. Hadidi et al. (2009) destacam ainda que, na revisão da literatura, não encontraram estudos que relatassem sobre o suporte social. No presente estudo, também não foi identificado esse suporte para os idosos, porém, 10,4% deles vivem sós. O viver só, com saúde, independência e relacionamento social *versus* viver só, necessitando de cuidados após uma morbidade, na maioria das vezes com pouca ou mesmo com dependência é uma condição que precisa de avaliação clínica para identificar os possíveis riscos aos pacientes para, então, propor intervenções.

A ausência de diagnóstico e tratamento desses pacientes pode causar sofrimento desnecessário ao indivíduo, dificuldade para os familiares e elevado custo econômico à sociedade. É fundamental, portanto, que os profissionais da saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso (as quais podem ser diferentes daquelas do adulto jovem) e estejam preparados para investigar a presença dos sintomas depressivos, principalmente após um AVC.

Há uma necessidade de produzir novas informações e conhecimentos a respeito do processo de envelhecimento juntamente com as morbidades mais frequentes nessa etapa da vida. Embora o AVC seja a primeira causa de morte no país e também o grande responsável pelas incapacidades (físicas e emocionais) e internações hospitalares, essa morbidade ainda merece estudos, utilizando-se de várias metodologias, principalmente de intervenções.

6 – *Conclusões*

O quadro clínico de idosos após o AVC é complexo diante do processo de senescência e senilidade. Tal morbidade, além de ser a mais prevalente no país, é responsável por altos índices de incapacidades, de complexidades psiquiátricas, sendo a mais prevalente a depressão e a mortalidade.

Na primeira avaliação (três meses após o AVC), entrevistou-se 52 idosos, sendo que houve uma perda de 7,7% para a segunda entrevista, devido ao óbito. A média de idade foi de 72,4 ($\pm 7,5$) anos, com dominância do sexo masculino (56,2%). Os idosos casados correspondiam a 50%, com média de 3,4 anos de estudo, 75% tinham renda familiar maior que um salário mínimo, 89,6% moravam acompanhados e 56,3% possuíam cinco ou mais morbidades. O tipo de AVC mais prevalente foi o isquêmico, com maior comprometimento do lado esquerdo do cérebro. Com relação à Capacidade Funcional (CF), houve um aumento da média da MIF do terceiro para o sexto mês, ou seja, os idosos se tornaram mais independentes nesse quesito. Com as AIVD, ocorre o contrário, os idosos se tornam mais dependentes na segunda avaliação. Os idosos do sexo masculino apresentaram menos sintomas depressivos, enquanto as idosas, uma média maior desses sintomas após seis meses do AVC.

Em relação à MIF e à GDS, houve uma melhora dos seus resultados nas avaliações, o que comprova que os idosos se tornaram mais independentes e foram menos acometidos pelos sintomas depressivos. Para a variável AIVD, houve maior dependência dos idosos em relação às atividades mais complexas. As variações nas medidas dessas três variáveis não foram estatisticamente significativas, as variações amostrais das médias, nos dois momentos, são aleatórias, não havendo evidências de que, na população, haja uma mudança temporal desses indicadores, pelo menos nessa janela de tempo; e o tamanho amostral não foi suficientemente grande para detectar uma variação tão pequena dessas medidas.

Estudos nacionais que retratam o AVC são escassos, principalmente em associação com a capacidade funcional e os sintomas depressivos, o que afeta diretamente a população que pouco conhece sobre essa morbidade. Isso dificulta um atendimento eficaz que pode influenciar diretamente na evolução da morbidade.

Portanto, o intuito desse trabalho é o de promover, possibilitar e suscitar debates sobre as morbidades na velhice, para que mesmo com elas, os profissionais da saúde possam oferecer aos idosos uma melhor condição de vida, mesmo após o AVC.

Referências

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA); AMERICAN STROKE ASSOCIATION (ASA). **About stroke.** 2011a. Disponível em: <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/About-stroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp>. Acesso em: 11 jul. 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA); AMERICAN STROKE ASSOCIATION (ASA). **Understanding risks.** 2011b. Disponível em: <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp>. Acesso em: 11 jul. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.** Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

BARBOSA, A. R.; SOUZA, J. M.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R.; MARUCCI, M. F. N. Funcional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 1177-1185, 2005.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1137-1143, 2010.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BIAZIN, D. T. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos.** 2005. 225 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BILGE, C.; KOÇER, E.; KOÇER, A.; TURK BORU, U. Depression and functional outcome after stroke: the effect of antidepressant therapy on functional recovery. **Eur. J. Phys. Rehab. Med.**, v. 44, n. 1, p. 13-18, 2008.

BRANDÃO, D. M. S.; NASCIMENTO, J. L. S.; VIANNA, L. G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com e sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 6, p. 738-746, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRODERICK, J.; CONNOLLY, S.; FELDMANN, E.; et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults. **Stroke**, v. 38, p. 2001-2023, 2007.

CABRAL, N. L.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. C.; AMARAL, C. H.; KISS, H. C. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 55, n. 3-A, p. 357-363, 1997.

CANINEU, P. R. Depressão no idoso. In: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 24, p. 293-300.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Textos para discussão, 858).

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudanças? **Estud. Av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A. **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretaria de Recursos Humanos, 2005.

CAPLAN, L. R. Intracranial branch atheromatous disease: a neglected, understudied, and underused concept. **Neurology**, v. 39, p. 1246, 1989.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO NETO, N. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005. p. 9-25.

CAURAUGH, J. H.; LIGHT, K.; KIM, S. B.; THIGPEN, M.; BEHRMAN, A.; MARAJ, R. Chronic motor dysfunction after stroke: recovering wrist and finger extension by electromyography-triggered neuromuscular stimulation. **Stroke**, v. 31, p. 1360-1364, 2000.

CHAU, J-P.; THOMPSON, D. R.; CHANG, A. M.; WOO, J.; TWINN, S.; CHEUNG, S. K.; KWOK, T. Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital. **J. Clin. Nurs.**, v. 19, p. 3042-3050, 2010.

COLE, M. G.; DENDUKURI, N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. **Am. J. Psychiatry**, v. 160, p. 1147-1156, 2003.

COPELAND, J. R.; DEWEY, M. E.; GRIFFITHS-JONES, H. M. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE CAT. **Psychol. Med.** v. 16, n. 1, p. 89-99, 1986.

- COSTA, M. F. L.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. S.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Inf. Epidemiol. SUS**, n. 4, p. 147-161, 2001a.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; ALMEIDA, J. C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001b. p. 165-197.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Rev. UFG**, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html>. Acesso em: 11 jul.2011.
- COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo. v. 45, n. 5, p. 1083-1088, 2011.
- CRUZ, K. C. T. **Avaliação da capacidade funciona e da queda de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico com idade maior ou igual a 55 anos**. 2004. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- DONNAN, G. A.; FISHER, M.; MACLEOD, M.; DAVIS, S. M. Seminar. v. 371, 2008. www.thelancet.com
- EVARISTO, E. F. **Tratamento trombolítico intravenoso no acidente vascular cerebral isquêmico**: experiência da clínica neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.
- FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.
- FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008.
- FLINT, A. J. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. **Am. J. Psychiatry**, v. 151, n. 5, p. 675-680, 1994.

FRANZÉN-DAHLIN, A.; BILLING, E.; NASMAN, P.; MARTENSSON, B.; WREDLING, R.; MURRAY, V. Post-stroke depression – effect on the life situation of the significant other. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 20, p. 412-416, 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FULTZ, N. H.; OFSTEDAL, M. B.; HERZOG, A. R.; WALLACE, R. B. Additive and interactive effects of comorbid physical and mental conditions of functional health. **J. Aging Health**, v. 15, n. 3, p. 465-481, 2003.

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depression in the elderly: ar doctors investigating it? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004a.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004b.

GAZZOLA, J. M.; ARATANI, M. C.; DONÁ, F.; MACEDO, C.; FUKUJIMA, M. M.; GANANÇA, M. M.; GANANÇA, F. F. Factors relating to depressive symptoms among elderly people with chronic vestibular dysfunction. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 67, n. 2-B, p. 416-422, 2009.

GIACOMIN, K. C. Demências vasculares. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 27, p. 292-308.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

GORDON, W.; HIBBARD, M. Poststroke depression: an examination of literature. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 78, p. 658-663, 1997.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GREENOP, K. R.; ALMEIDA, O. P.; HANKEY, G. J.; BOCKXMEER, F. V.; LAUTENSCHLAGER, N. T. Premorbid personality traits are associated with post-stroke behavioral and psychological symptoms: a three-month follow-up study in Perth, Western Australia. **Int. Psychogeriatr.**, v. 21, n. 6, p. 1063-1071, 2009.

HACKETT, M. L.; ANDERSON, C. S. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Stroke**, v. 36, p. 2296-2301, 2005a.

HACKETT, M. L.; YAPA, C.; PARAG, V.; ANDERSON, C. S. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Stroke**, v. 36, p. 1330-1340, 2005.

HADIDI, N.; TREAT-JACOBSON, D. J.; LINDQUIST, R. Poststroke depression and functional outcome: a critical review literature. **Heart & Lung**, v. 38, n. 2, p. 151-162, 2009.

HOFFMANN, E. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Em dez anos, esperança de vida ao nascer aumentou 3,4 anos**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1>. Acesso em: 01 out. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tendências demográficas no período de 1940 a 2000**. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/comentarios.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **SIS 2010: mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos**. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1>. Acesso em: 12 jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

JIA, H.; MAMUSH, T. M.; QIN, H.; RIED, L. D.; WANG, X.; YOUNG, L. J.; WILLIAMS, L. S. The impact of poststroke depression on healthcare use by veterans with acute stroke. **Stroke**, v. 37, p. 2796-2801, 2006.

JOHNSON, J. L.; MINARIK, P. A.; NYSTROM, K. V.; BAUTISTA, C.; GORMAN, M. J. Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 38, n. 4, 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KANDEL, E. R.; SCHNARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Princípios da neurociência**. São Paulo: Manole, 2003.

KARLAMANGA, A. S.; MILLER-MARTINEZ, D; ANESHENSEL, C. S.; SEEMAN, T. E.; WIGHT, R. G.; CHODOSH, J. Trajectories of cognitive function in late life in the US: demographic and socioeconomic predictors. **Am. J. Epidemiol.**, v. 170, n. 3, p. 331-342, 2009.

LAKS, J.; BATISTA, E. M. R.; GUILHERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; FIGUEIRA, I.; ENGELHARDT, E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people self-maintainig and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, v. 3, p. 364-371, 2006.

MAZZOLA, D.; POLESE, J. C.; SCHUSTER, R. C. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 22-27, 2007.

MINELLI, C.; FEN, L. F.; MINELLI, D. P. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil: a population-based prospective study. **Stroke**, v. 38, p. 2906-2911, 2007.

MODABERNIA, M. J.; TEHERANI, H. S.; FALLAHI, M.; SHIRAZI, M.; MODABBERNIA, A. H. Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: a community base study. **Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health**, n. 4, v. 20, 2008.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; ZANETTI, M. V. Transtornos do humor. In: MARTINS, M. A. et al. **Clínica médica: doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais**. Barueri: Manole, 2009. v. 6, p. 720-733.

MORRIS, P; ROBINSON, R.; ANDRZEJEWSKI, P.; SAMUELS, J.; PRICE, T. Association of depression with 10-year poststroke mortality. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, p. 124-129, 1993.

MUTARELLI, E. G.; EVARISTO, E. F. Acidentes vasculares cerebrais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 141-153.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, S4-S6, 2008. Suplemento 1.

NOËL, P. H.; WILLIAMS, J. W., JR; UNÜTZER, J.; WORCHEL, J.; LEE, S.; CORNELL, J.; KATON, W.; HARPOLE, L. H.; HUNKELER, E. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impacto n multiple domains of health status and well-being. **Ann. Fam. Med.**, v. 2, n. 6, 2004.

OLIVEIRA, R. M. C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 8, n. 3, p. 280-290, 2001.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology of population change. In: OMRAN, A. R. (Ed.s). **The milkbank memorial fund quarterly**. Washington, DC: 1971. v. 49, p. 509-538.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID-10. São Paulo: EDUSP, 1994. v. 1, p. 398-482.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

OSTIR, G. V.; BERGES, I.; OTTERNBACHER, M.; GRAHAM, J. E.; OTTENBACHER, K. J. Positive emotion following stroke. **J. Rehabil. Med.**, v. 40, p. 477-481, 2008.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Demographic transition in the Americas. **Epidemiol. Bull.**, v. 15, p. 9-12, 1994.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETTO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, 2007.

PEREIRA, A. B. C. N. G.; ALVARENGA, H.; PEREIRA JR, R. S.; BARBOSA, M. T. S. 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, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009.

- PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 3-B, p. 844-851, 2004.
- PRADO, C.; RAMOS, J.; VALLE, R. **Atualização terapêutica**. São Paulo: Ed. 23/Artes Médicas, 2007.
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.
- PY, M. O. Doenças cérebro-vasculares. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 333-347.
- QIU, Y.; LI, S. Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. **J. Clin. Nurs.**, v. 17, p. 1563-1573, 2008.
- RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital secundário. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 58, p. 99-106, 1999.
- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
- RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M. A.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.
- RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátr.**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.
- ROCHETTE, A.; BRAVO, G.; DESROSIERS, J.; St-CYR/TRIBBLE, D.; BOURGET, A. Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. **Clin. Rehabil.**, v. 21, p. 554-562, 2007.
- RODRIGUES, R. A. P.; SCUDELLER, P. G.; PEDRAZZI, E. C.; SCHIAVETTO, F. V.; LANGE, C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.
- ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROSSET-CRUZ, I. **Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para envelhecimento longo**. 2009. 156 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- SAMSA, G. P.; MATCHAR, D. B. How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? **J. Rehab. Dev. Res.**, v. 41, p. 279-282, 2004.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala das atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCHIAVETTO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SCHILLERSTROM, J. E.; ROYALL, D. R.; PALMER, R. F. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.*, v. 21, n. 3, p. 183-197, 2008.

SIENG, Y. N.; STEIN, J.; NING, M.; BLACK-SCHAFFER, R. M. Comparison of clinical characteristics and functional outcomes of ischemic stroke in different vascular territories. **Stroke**, v. 38, p. 2309-2914, 2007.

SKANÉR, Y.; NILSSON, G. H.; SUNDQUIST, K.; HASSLER, E.; KRAKAU, I. Self-rated health, symptoms of depression and general symptoms at 3 and 12 months after a first-ever stroke: a municipality-based study in Sweden. **BMC Fam. Pract.**, v. 8, p. 61, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKEL J. L.; CHEEVER K. H. **Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 184-211.

SNOWDON, J. Qual a prevalência de depressão na terceira idade? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 42-47, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDCV). Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 60, n. 3A, p. 675-680, 2002.

SOLOMON, N. A.; GLICK, H. A.; RUSSO, C. J.; SCHULMAN, K. A. Patient preferences for stroke outcomes. **Stroke**, v. 25, p. 1721-1725, 1994.

SOUZA, R. R. Anatomia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 35-42.

SOUZA, M. F. M.; ALENCAR, A. P.; MALTA, D. C. et al. Análises de séries temporais da mortalidade por doença isquêmica do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 6, p. 735-740, 2006.

STEK, M. L.; GUSSEKLOO, J.; BEEKMAN, A. T.; VAN TIBURG, W.; WESTENDORP, R. G. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. **J. Affect Disord.**, v. 78, n. 3, p. 193-200, 2004.

TAFRESCHI, G. M.; RAMAN, R.; ERNSTROM, K.; MEYER, B. C.; HEMMEN, T. M. Gender differences in acute stroke treatment: the University of California San Diego experience. **Stroke**, v. 41, p. 1755-1757, 2010.

TAVARES, D. S. M. **Condições de vida e saúde de idosos diabéticos**. 2001. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

TERRONI, L. M. N.; LEITE, C. C.; TINONE, G.; FRÁGUAS, R.. Jr. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.

VERAS, R. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: _____. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 11-79.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WHYTE, E. M.; MULSANT, B. H.; VANDERBILT, J.; DODGE, H. H.; GANGULI, M. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. **JAGS**, v. 52, n. 5, p. 774-778, 2004.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). “Stroke—1989. Recommendations on stroke prevention- diagnosis. and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders.” **Stroke**, v. 20, n. 10, p. 1407-1431,

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health and substance abuse**. 2006. Disponível em: http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8102.htm >. Acesso em: 28 abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Stroke, cerebrovascular accident**. 2010. Disponível em: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>. Acesso em: 23 mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Stroke, cerebrovascular accident**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>. Acesso em: 24 out. 2011.

YAMAMOTO, F. I. Doenças cerebrovasculares. In: MARTINS, M. A. et al. **Clínica médica: doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais**. Barueri: Manole, 2009. v. 6, p. 406-430.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Idoso

Eu, Cibele Peroni Freitas, aluna da pós graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, desenvolvo a pesquisa “A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por Acidente Vascular Cerebral”, sob a orientação da prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, que tem por objetivo conhecer como está a saúde dos idosos que apresentaram depressão após o derrame.

Convidamos o(a) sr(a) a participar desse estudo. Para isso, o(a) sr(a) deverá receber o pesquisador em sua casa (que estará munido de jaleco e crachá de identificação) para responder algumas questões, cálculos, desenhos e fazer alguns testes simples, como lembrar datas, nomes de pessoas e locais e fazer contas.

Conversaremos com o(a) sr(a) em duas etapas: a primeira após três meses e a segunda após 6 meses do derrame. As visitas ao seu domicílio serão previamente agendadas por telefone conforme a disponibilidade do(a) sr(a). O(a) sr(a) não precisará se locomover nem terá gastos com isso. As conversas terão duração de aproximadamente 30 minutos; o(a) sr(a) deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição de saúde.

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o(a) sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado por isso.

O nome do(a) sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos entrevistados.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas), à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e ao Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone abaixo:

Cibele Peroni Freitas
(Pesquisador)

(belperoni@hotmail.com)

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
(Orientadora)

(rosalina@eerp.usp.br)

* Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre – Telefone: (0XX16) 3602-3416

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Eu, _____, RG _____ estou devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Tenho a garantia que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo de alguma forma.

IDOSO

Anexos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PRÓ-IDOSO

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário: _____

Nome do(a) Entrevistador(a): _____

Início da entrevista: ____ h ____ min Data da 1ª entrevista ____/____/____
Data da 2ª entrevista ____/____/____

Nome do(a) idoso(a): _____

Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos

Endereço: _____ Tel _____

Data da internação: ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____

Tipo de AVC: (1) hemorrágico (2) isquêmico

Lado da lesão:

(1) Direito (2) Esquerdo (3) Bilateral (99) NS/NR

Data do 1º AVC: ____/____/____

Número de AVC/idoso: _____

Data do 2º AVC: ____/____/____

Data do 3º AVC: ____/____/____

ANEXO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____(anos completos) Data de nascimento ____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (99) NS/NR (3) Amarela
A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR
A5) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (99) NS/NR
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) Mesmo Local (2) Mais de um local (99) NS/NR
A7) Há quanto tempo o sr.(a) mora nesta casa? (em anos)
A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr(a)?
A9) Com quem o Sr(a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (7) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (8) Arranjos intrageracionais (mora com outros idosos e o cônjuge) (9) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (10) Somente com os netos (sem filhos) (11) Não familiares (12) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR
A10) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR
A11) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR
A12) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2) (1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais (2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos (3) Estar perto dos serviços de saúde (4) Medo da violência (5) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a) (6) Por união conjugal (7) Por separação conjugal

(8) Custo da moradia/situação financeira (9) Precisava de cuidado (10) Outro (88) Não se aplica (99) NS/NR
A13) Quantos filhos estão vivos? _____ (99) NS/NR
A14) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (05) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR
A15) Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) utiliza como primeira opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR

ANEXO B - PERFIL SOCIAL

B1) Escolaridade: Quantos anos você freqüentou a escola? (Se nenhum, colocar "0")
B2) Qual é a renda mensal (em salários mínimos - SM): Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR
B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR </div> B3a) Aposentadoria B3b) Pensão B3c) Aluguel B3d) Trabalho Próprio B3e) Doações (família, amigos, instituições) B3f) Outras _____
B4) Há quantos anos você está aposentado(a)? _____ (Se não for aposentado,colocar "0")
B5) No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) sr(a) avalia suas necessidades básicas(alimentação, moradia, saúde, etc) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Muito boa (4) Ruim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (2) Boa (5) Péssima </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (3) Regular (99) NS/NR </div>
B6) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Melhor (3) Pior </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (2) Igual (99) NS/NR </div>
B7) Quais das seguintes atividades o Sr (a) realiza? (0) Não (1) Sim B7a) Nenhuma B7b) Atividades domésticas B7c) Esporte/ dança B7d) Trabalho voluntário/ comunitário B7e) Trabalho remunerado B7f) Outros: Quais? _____
B8) No momento necessita (ou necessitaria) trabalhar por razões econômicas? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Sim (3) Talvez </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (2) Não (99) NS/NR </div>
B9) A casa onde mora é: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Própria-quitada (3) Própria-paga prestação </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (2) Paga aluguel (4) Cedida- sem aluguel </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (5) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR </div>
B10) Como o (a) Sr(a) avalia sua memória atualmente? <div style="margin-top: 5px;"> (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR </div>
B11) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que agora sua memória está... <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (1) Melhor (3) Pior </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (2) Igual (99) NS/NR </div>

ANEXO C - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Ano	() acertou	() errou	() Não sabe
Semestre	() acertou	() errou	() Não sabe
Mês	() acertou	() errou	() Não sabe
Dia	() acertou	() errou	() Não sabe
Dia da semana	() acertou	() errou	() Não sabe

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

Nome da rua	() acertou	() errou	() Não sabe
Número da casa	() acertou	() errou	() Não sabe
Bairro	() acertou	() errou	() Não sabe
Cidade	() acertou	() errou	() Não sabe
Estado	() acertou	() errou	() Não sabe

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas..

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Árvore	() conseguiu	() não conseguiu
Mesa	() conseguiu	() não conseguiu
Cachorro	() conseguiu	() não conseguiu

Número de repetições _____

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100-7=93	() acertou	() errou	() Não sabe
93-7=86	() acertou	() errou	() Não sabe
86-7=79	() acertou	() errou	() Não sabe
79-7=72	() acertou	() errou	() Não sabe
72-7=65	() acertou	() errou	() Não sabe

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção – Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação) – ODNUM

() acertou	() errou	() Não sabe
-------------	-----------	--------------

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se

lembra.

Árvore	() acertou	() errou	() Não sabe
Mesa	() acertou	() errou	() Não sabe
Cachorro	() acertou	() errou	() Não sabe

C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	() acertou	() errou	() Não sabe
Relógio	() acertou	() errou	() Não sabe

C7) Repita a frase que vou lhe dizer – (*Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente*). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

Conseguiu ()	Não conseguiu ()
---------------	-------------------

C8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (*permita 10 seg*).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

C9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	() acertou	() errou	() Não sabe
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() Não sabe
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() Não sabe

C10) Diga ao idoso(a):

O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (*com começo, meio e fim*)? Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (91ax. 30 seg).

C11) *Diga ao idoso(a):*

Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)

Pontuação Final: _____

ESCORE:

13 PONTOS: ANALFABETO

18 PONTOS: ESCOLARIDADE BÁSICA (1 A 4 ANOS)

26 PONTOS: ESCOLARIDADE MÉDIA (5 A 8 ANOS)

30 PONTOS: ESCOLARIDADE ALTA (9 OU MAIS ANOS)

DESENHO A SER REALIZADO PELO (A) IDOSO(A):

ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM	(1) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM	(0) NÃO
D.3. Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM	(0) NÃO
D.4) Você se aborrece com frequência?	(1) SIM	(0) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM	(0) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM	(0) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM	(0) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM	(0) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM	(1) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM	(0) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM	(1) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM	(0) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM	(0) NÃO

Pontuação: _____

ANEXO E - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

Níveis	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA 5- Supervisão 4- Dependência Mínima (indivíduo $\geq$ 75%) 3- Dependência Moderada (indivíduo $\geq$ 50%) 2- Dependência Máxima (indivíduo $\geq$ 25%) 1- Dependência Total (indivíduo $\geq$ 0%)	Ajuda
E.A - Auto-Cuidados		
E 1. Alimentação (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se alimentar)		
E 2. Higiene pessoal (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se escovar os dentes, escovar o cabelo, lavar as mãos, a face, barbear-se ou maquiar-se?)		
E 3. Banho (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se lavar, enxaguar e secar?)		
E 4. Vestir-se acima da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir acima da cintura?)		
E 5. Vestir-se abaixo da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir abaixo da cintura?)		
E 6. Uso do vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para ajustar as roupas antes e depois do uso do vaso sanitário e para se limpar?)		
E.B - Controle de Esfíncteres		
E 7. Controle da Urina (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar a urina?)		
E 8. Controle das Fezes (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar as fezes?)		
E.C – Mobilidade		
<i>Transferências</i>		
E 9. Leito, cadeira, cadeira de rodas (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair da cama, cadeiras ou cadeira de rodas?)		
E 10. Vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para sentar ou levantar do vaso sanitário?)		
E 11. Banheira ou chuveiro (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair do chuveiro ou banheira?)		

E.D – Locomoção
E 12. Marcha / Cadeira de rodas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para locomover-se por 50 metros?
E 13. Escadas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para subir e descer 12 a 14 degraus?
E.E – Comunicação
E 14. Compreensão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entender idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Auditiva - Visual
E 15. Expressão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para expressar idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Verbal - Não verbal
E.F - Cognição Social
E 16. Interação Social (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para interagir com outras pessoas durante ocasiões sociais e terapêuticas?)
E 17. Resolução de problemas (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para resolver problemas complexos como trabalhar com um check-list, contas ou confrontar problemas interpessoais?)
E 18. Memória (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para lembrar-se de pessoas, tarefas ou pedidos?)
Total
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1

Fonte: Riberto et al. (2001); Riberto et al. (2004)

ANEXO F - PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?				
	Sim	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? (nome comercial) QUAL?
F1) Anemia	1	2	99	
F2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99	
F3) Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose)	1	2	99	
F4) Asma ou bronquite	1	2	99	
F5) Audição prejudicada	1	2	99	
F6) Câncer Qual ?-	1	2	99	
F7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	1	2	99	
F8) Diabetes Mellitus	1	2	99	
F9) Depressão	1	2	99	
F10) Derrame	1	2	99	
F11) Doença cardíaca	1	2	99	
F12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99	
F13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99	
F14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99	
F15) Hipertensão arterial	1	2	99	
F16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99	
F17) Obesidade	1	2	99	
F18) Osteoporose	1	2	99	
F19) Prisão de ventre	1	2	99	
F20) Problemas de coluna	1	2	99	
F21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	1	2	99	
F22) Outras – Qual? _____	1	2	99	

ANEXO G - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Abreviações: I = Independiente; A= Com algum tipo de assistência; D= Dependente

G1. TELEFONE I (3): Recebe e faz ligações sem assistência. A (2): Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas. D (1): Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone
G2. VIAGENS I (3): Realiza viagens sozinha A (2): Somente viaja quando tem companhia D (1): Não tem o hábito ou é incapaz de viajar
G3. COMPRAS I (3): Realiza compras, quando é fornecido transporte A (2): Somente faz compras quando tem companhia D (1): Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras
G4. PREPARO DE REFEIÇÕES I (3): Planeja e cozinha as refeições completas A (2): Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda D (1): Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras.
G5. TRABALHO DOMÉSTICO I (3): Realiza tarefas domésticas A (2): Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas D (1): Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos.
G6. MEDICAÇÕES I (3): Faz uso de medicamentos sem assistência A (2): Necessita de lembretes ou de assistência D (1): É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos.
G7. DINHEIRO I (3): Preenche cheque e paga contas sem auxílio A (2): Necessita de assistência para uso de cheques e contas D (1): Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas, etc.

ANEXO K

Certificado do curso para capacitação MIF

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

CERTIFICADO

Certificamos que **Cibele Peroni Freitas** participou do “Curso de Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional MIF”, promovido do pelo Instituto de Reabilitação Lucy Montoro de Ribeirão Preto, no dia 24 de setembro de 2010, com carga horária de 8 horas.

Ribeirão Preto, 24 de setembro de 2010.

Coordenador Supervisor das Atividades Assistenciais – IRLM - RP

excelência em saúde desde 1956

USP - RIBEIRÃO
assistência ensino pesquisa

ANEXO L

Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 03 de agosto de 2010

Ofício nº 2529/2010
CEP/MGV

PROCESSO HCRP n.º 6794/2009

Prezadas Senhoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e aprovou “**AD REFERENDUM**” as modificações no projeto (redução do número de entrevistas previstas no projeto inicial de três para duas por constatação de inviabilidade da primeira entrevista prevista inicialmente), bem como o novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente ao projeto intitulado “**A INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS QUE FORAM HOSPITALIZADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**”.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
CIBELE PERONI FREITAS
PROFª DRª ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP