

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ

VALÉRIA GONÇALVES BATISTA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM
SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

**CASCADEL
2018**

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ

VALÉRIA GONÇALVES BATISTA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM
SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia, do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Professor Orientador: Cristina Romero.a

CASCADEL

2018

AValiação DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

BATISTA, Valéria Gonçalves¹

ROMERO, Cristina²

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é considerado uma das principais causas de morte no Brasil juntamente com infarto do miocárdio, e o maior motivador de incapacitação física em todo o mundo. Suas consequências impactam diretamente as atividades de vida diária. A avaliação funcional por meio do Índice de Barthel Modificado busca qualificar e quantificar o grau das sequelas deixadas pelo acidente vascular encefálico, traçar diagnósticos terapêuticos e avaliar respostas aos tratamentos empregados aos pacientes com sequelas causadas pela doença.

Objetivo: Avaliar o nível de dependência na realização de AVDs de pacientes com sequelas de AVE, atendidos no Centro de Reabilitação da FAG. **Metodologia:** A pesquisa tem caráter observacional e transversal, com amostragem selecionada por conveniência. Foi aplicado o Índice de Barthel Modificado proposto por Collin et al (1998) em 40 pacientes com sequelas de AVE isquêmico e hemorrágico, de ambos os sexos, idade e topografia, atendidos entre janeiro a julho de 2018. **Resultados:** O total de pacientes avaliados apresentou média de $67,7 \pm 28,1$ pontos, qualificando o grau dos mesmos como dependência moderada. **Conclusão:** Os pacientes avaliados apresentaram grau de dependência moderada nas AVDs propostas, possibilitando a classificação através do Índice de Barthel Modificado.

PALAVRAS CHAVES: Funcionalidade, AVE, Barthel, Hemiparesia, Avaliação.

ABSTRACT:

Introduction: Stroke is considered one of the leading causes of death in Brazil along with myocardial infarction, and the greatest motivator of physical incapacitation in the world. Its consequences directly impacting the activities of daily living. Functional evaluation through the Modified Barthel Index seeks to qualify and quantify the degree of sequelae left by stroke, to draw therapeutic diagnoses and to evaluate responses to treatments used to patients with sequelae caused by the disease. **Objective:** To evaluate the level of dependence in the performance of ADLs of patients with sequelae of stroke, attended at the FAG Rehabilitation Center. **Methodology:** The research has an observational and transversal character, with sampling selected for convenience. The modified Barthel Index proposed by Collin et al (1998) was applied to 40 patients with sequelae of ischemic and hemorrhagic stroke of both sexes, age and topography, attended between January and July 2018. **Results:** The total number of patients evaluated presented a mean of 67.7 ± 28.1 points, qualifying their grade as moderate dependence. **Conclusion:** The patients evaluated presented moderate degree of dependence on the proposed AVDs, allowing classification through the Modified Barthel Index.

KEYWORDS: Functionality, AVE, Barthel, Hemiparesis, Evaluation.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Assis Gurgacz, batistavaleria29@gmail.com

² Fisioterapeuta Mestre, docente do Curso de Fisioterapia do Centro Univeritário Fundação Assis Gurgacz, ninaromero2@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um importante problema de saúde pública, sendo um dos maiores motivos de morte em muitos países principalmente na América Latina, no Brasil as doenças encefalovasculares são responsáveis por um extenso número de pacientes com sequelas neurológicas, estando entre as principais causas de incapacitação funcional no mundo todo e um dos motivos de internamento e incapacidades. SORIANO et al. (2010)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 15 milhões de pessoas sofrem um acidente vascular encefálico por ano, sendo que cinco milhões vão a óbito e a maior parte dos sobreviventes apresentam sequelas físicas e/ou cognitivas.

Este evento é dado através do rápido acontecimento de sinais clínicos resultante de problemas focais ou globais da função do cérebro, resultando em sintomas com duração superior a 24 horas. Em torno de 80% dos casos devem-se à oclusão de uma artéria, seja por ateroma ou êmbolos secundários, caracterizando como AVE isquêmico. Enquanto que, o AVE hemorrágico dá-se através de um sangramento anormal para o parênquima cerebral, causado por aneurisma, malformação e doença arterial hipertensiva. POLESE et al. (2008)

Sobre as sequelas causadas pelo acidente vascular encefálico, Soriano et al. (2010) citaram a perda do controle voluntário dos movimentos, incontinência urinária e fecal, problemas sensoriais, déficit cognitivo e problemas na comunicação e na fala. Esses, estão relacionados a limitações nas atividades de vida diária, diminuição do contato social diminuindo assim a qualidade de vida do indivíduo.

Para que seja possível compreender o grau das limitações funcionais causadas pela doença e aplicar programas de reabilitação neurofuncional, é necessário incorporar medidas avaliativas das dependências de cada indivíduo. A avaliação fisioterapêutica é utilizada no acompanhamento da evolução clínica, para diagnósticos, prognósticos e respostas dos tratamentos empregados. As quais devem ser feitas por meio de questionários qualitativos e/ou quantitativos, auxiliando na avaliação de todas as possíveis sequelas causadas pelo acidente vascular encefálico, utilizando técnicas objetivas, sendo sensíveis às alterações e aos aspectos individuais e cada paciente. Analisando os dados encontrados, é possível identificar as maiores dificuldades para a realização das AVDs e assim buscar um tratamento adequado. SORIANO et al. (2010)

O Índice de Barthel Modificado é usado para a mensurar a capacidade de realização de dez atividades da vida diária, quantificando o grau de dependência do sujeito. Polese et al. (2008) descrevem que o mesmo compreende dez itens. O score varia de zero a 100 considera dependência total na realização de atividades de vida diária, escores inferiores a 25; dependência severa entre 26

e 50 pontos; dependência moderada entre 51 e 75, dependência leve entre 76 e 99 pontos e 100 totalmente independente.

O objetivo do artigo foi avaliar o nível de dependência na realização de AVDs de pacientes com sequelas de AVE, atendidos no Centro de Reabilitação da FAG.

2. METODOLOGIA

O estudo cumpriu com as "Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (466/12) editadas pela Comissão Nacional de Saúde, sendo aceito mediante o número do CAAE 88550218.0.0000.5219, do Comitê de Ética do Centro Universitário FAG (Anexo 1).

A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados eletrônicas: MedLine, LILACS, PubMed e SciELO no período de julho de 2017 a Novembro de 2018.

O estudo foi realizado de forma transversal e observacional com amostragem selecionada por conveniência, através da análise de prontuários existentes no Centro de Reabilitação FAG. Participaram do estudo 40 pacientes diagnosticados clinicamente com AVE, que recebiam tratamento fisioterapêutico entre janeiro a julho de 2018, de ambos os sexos, idades, topografias e diferentes tempos de lesão.

Através dos prontuários, as amostras foram selecionadas utilizando critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios para inclusão: pacientes de ambos os sexos, diferentes idades e tempo de lesão, que recebiam tratamento no Centro de Reabilitação da FAG e apresentavam diagnóstico clínico de AVE. Os critérios de exclusão foram pacientes que não aceitaram assinar o TCLE e que apresentaram outro diagnóstico clínico associado ao AVE. Sendo os 40 prontuários analisados incluídos na pesquisa, pois todos atenderam o critério de inclusão e nenhum atendeu aos critérios de exclusão.

Após a seleção da amostra os pacientes foram abordados pela pesquisadora, em seus devidos horários de atendimento previamente agendados. A princípio o paciente foi informado sobre o TCLE (Apêndice 1) que esclareceu sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativas, sigilo das informações e possibilidade de abster-se a qualquer momento do estudo. A pesquisa foi iniciada posteriormente ao aceite e o termo devidamente assinado.

O avaliado foi questionado pelo pesquisador de forma individual, no consultório em ambiente fechado, climatizado, trazendo conforto físico e emocional ao mesmo. Os pacientes que não

apresentaram cognitivo preservado e não conseguiram comunicação verbal e ou gestual, receberam ajuda do cuidador ou familiar responsável nas respostas aos questionamentos do teste, seguida da explicação detalhada de cada alternativa, facilitando o entendimento dos procedimentos.

A escala escolhida para mensurar o grau de dependência dos pacientes foi o Índice de Barthel Modificado, que segundo Soriano *et al* (2010) é uma respeitável ferramenta para avaliar o nível de independência nas AVDs, com seu uso amplamente difundido para AVE tanto em sua fase aguda quanto crônica. O Índice avalia as atividades básicas de vida diária, necessárias para a independência em autocuidado e é aplicado através da realização de dez categorias, amplamente importantes para as atividades básicas de vida diária do indivíduo sendo elas: higiene pessoal, banho, alimentação, vestuário, controle esfinteriano (intestino), controle esfinteriano (bexiga), toalete, transferência cama- cadeira e vice versa, deambulação, mobilidade e subir escadas, sendo a categoria "deambulação" não aplicada em pacientes usuários de cadeira de rodas e a categoria "transferência cama-cadeira e vice versa" não aplicada em pacientes que deambulam. Cada categoria gera uma determinada pontuação de acordo com as respostas do paciente, somando assim uma pontuação final de todas as categorias, sendo esta pontuação de 0 a 100, qualificando 100 pontos totalmente independente; 99 a 76 dependência leve; 75 a 51 pontos dependência moderada; 50 a 26 pontos dependência severa e menos de 25 pontos dependência total. Sendo possível assim, identificar e qualificar o grau de dependência de cada paciente na realização das atividades de vida diária.

Para a obtenção dos resultados o software empregado foi o SPSS versão 22.0, para a comparação entre as frequências das variáveis nominais foi empregado o teste de Qui-quadrado e a significância empregada foram de 5% ($P < 0.05$).

Em relação aos dados numéricos, foram testados de acordo com a distribuição de normalidade com o teste de Shapiro-Wilk e por apresentarem distribuição normal foram apresentados em média e desvio padrão. Para os dados qualitativos, foi realizada distribuição de frequência e apresentados em porcentagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Reis *et al* (2017), cerca de 15 milhões de pessoas no mundo sofrem AVE, sendo um grande problema de saúde pública, responsável por um alto número de mortes e um grande percentual de sobreviventes dependentes. Segundo Sorinano *et al* (2010), para que possamos entender as limitações e complicações do cotidiano destes sujeitos, é importante acrescentar medidas avaliativas e objetivas das incapacidades, podendo assim acompanhar a evolução do tratamento, um diagnóstico mais preciso e prognóstico.

A Organização Mundial da Saúde define o acidente vascular encefálico como um déficit neurológico causado por alterações no suprimento sanguíneo no cérebro, sendo uma disfunção focal ou global, que permaneça por mais de 24 horas. Garritano *et al* (2012), relatam que no ano de 2009, comparado a 2000, a incidência da taxa de mortalidade causada pelo AVE reduziu, porém o AVE continua sendo uma das maiores causas de mortalidade no Brasil, ocupando o segundo lugar entre as causas de mortalidade no mundo.

Este evento é classificado em dois grupos, em AVE isquêmico, que ocorre com maior frequência e dá-se quando há uma obstrução do fluxo sanguíneo em determinado local no cérebro; e em AVE do tipo hemorrágico, tem a hemorragia cerebral como sua principal forma de acometimento. BEN *et al.* (2016).

O Ataque Isquêmico Transitório de um modo geral tem duração de 10 a 20 minutos. Sintomas isquêmicos presentes por uma hora raramente se resolvem nas próximas 23 horas. Após os 55 anos, a incidência do AVE dobra a cada década de vida, sendo que os homens são acometidos 19% mais que as mulheres. Os afro-americanos têm duas a três vezes mais chances de sofrer um AVE isquêmico, e um risco 2,5 vezes maior de morrer devido a este evento. Entre os 65 e 74 anos a incidência da doença é de aproximadamente 14,4 por mil; entre 75 e 84 anos é de 24,6 por mil; em pessoas acima de 85 anos, esse valor sobe para 27,0 por mil. POLESE *et al.* (2008)

Segundo Rangel *et al.* (2013) a qualidade de vida geral e específica dos pacientes com sequelas ocasionadas pelo acidente vascular encefálico, em reabilitação, está diminuída e relacionada com o grau de dependência para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas emocionais, alto grau de dependência em relação ao cuidador, maior número de acidentes vasculares encefálicos, pequeno grau de escolaridade, e maior número de indivíduos dependentes da mesma renda interferem negativamente na qualidade de vida específica.

Em seu estudo Soriano *et al.* (2010) mencionam algumas consequências deste evento como: a perda do controle voluntário dos movimentos, problemas sensoriais, incontinência, déficit

cognitivo e problemas na comunicação e na fala. Esses, por sua vez, podem estar relacionados a limitações das atividades de vida diária, restrições ao convívio social e redução da qualidade de vida do indivíduo.

Após o AVE podem surgir várias complicações, como comprometimentos motores e sensoriais. Segundo Pompeu *et al* (2011) um dos sinais clínicos mais típicos e perceptíveis consequentes do AVE é a hemiparesia ou a hemiplegia, que Fernandes *et al* (2010) trouxeram como fraqueza e paralisia respectivamente, do hemicorpo contralateral ao hemisfério cerebral acometido, causando prejuízos às atividades funcionais, e assim, desencadeando alterações secundárias.

Uma vez que o AVE causa déficit na mobilidade de tronco, Fernandes *et al* (2010) dizem que as atividades funcionais tornam-se prejudicadas, pois a função da musculatura de tronco é essencial para o equilíbrio, transferências, marcha entre outras funções, proporcionando assim, estabilidade e mobilidade para a realização de atividades de vida diária (AVD).

Segundo Bennie *et al* (2003) utilizando testes e escalas, sendo os mesmos de fácil aplicação, é possível detectar os maiores déficits e tornar elegíveis planos de tratamentos individualizados.

Em seu estudo, Carvalho *et al* (2014) trazem que a aplicação da escala de Barthel, é muito relevante na população com AVE. Através da escala é possível qualificar as incapacidades funcionais na realização de suas atividades de vida diária, avaliar os problemas principais, reconhecer, medir e reduzir os déficits, planejar o tratamento, dar um prognóstico e avaliar o desenvolvimento do tratamento empregado aos pacientes analisados.

Além disso, Araújo *et al*. (2007) descrevem o Índice de Barthel como um instrumento válido e fácil na aplicação clínica. Emergindo sua importância em um resultado global e individual, permitindo identificar as dependências na realização das AVDs. A identificação do nível de autonomia em relação a cada item específico é extremamente relevante para a planificação dos cuidados de uma forma mais individualizada. Um indivíduo pode obter um escore final igual a outro, mas as suas necessidades em relação as atividades de vida diária serem efetivamente diferentes.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Participaram do estudo 40 indivíduos, sendo 20 de cada gênero, com média de idade de $59,6 \pm 9,4$ anos. A maioria dos sujeitos apresentaram AVE do tipo isquêmico, segundo dados colhidos nos prontuários, representando 32 (80%) e apenas 8 (20%) do tipo hemorrágico, lado acometido sendo o direito em 21 sujeitos (52,5%) e esquerdo em 19 (47,5%). Não faziam uso de cadeira de rodas 27 (70%). As características dos participantes por gênero e tipo de AVE podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos sujeitos por gênero e topografia.

		TIPO DE AVE		Total	
		Isquêmico	Hemorragico		
SEXO	Feminino	N	15	5	20
		% por SEXO	75,0%	25,0%	100,0%
		% por TIPO DE AVE	46,9%	62,5%	50,0%
		% do Total	37,5%	12,5%	50,0%
	Masculino	N	17	3	20
		% por SEXO	85,0%	15,0%	100,0%
		% por TIPO DE AVE	53,1%	37,5%	50,0%
		% do Total	42,5%	7,5%	50,0%
Total		N	32	8	40
		% por SEXO	80,0%	20,0%	100,0%
		% por TIPO DE AVE	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	80,0%	20,0%	100,0%

FONTE: Batista, Valéria (2018)

Em relação ao Índice de Barthel Modificado os indivíduos que possuem AVE do isquêmico apresentaram uma média maior de comprometimento nas AVDs propostas, em relação aos sujeitos

com sequelas causadas por AVE do tipo hemorrágico, sendo uma média de $69,2 \pm 26,7$ pontos em pacientes do tipo isquêmico e $61,9 \pm 34,6$ em sujeitos de tipo hemorrágico, porém as duas médias se classificam em um grau de dependência moderada.

Os pacientes do gênero masculino apresentaram uma média de $69,6 \pm 23,8$ já os sujeitos de gênero feminino $65,8 \pm 32,2$ pontos, contabilizando uma maior dependência em indivíduos do gênero masculino em relação ao gênero feminino.

O total de sujeitos analisados, de ambos os sexos e tipos de AVE, apresentaram média de $67,7 \pm 28,1$ pontos, que qualifica como Dependência moderada. Os valores de cada subitem podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Resultados do Índice de Barthel Modificado

Barthel- Itens	Masculino (20)	Feminino (20)	Isquêmico (32)	Hemoragico (08)	Total (40)
Higiene Pessoal	$3,5 \pm 1,6$	$3,9 \pm 1,4$	$3,6 \pm 1,5$	$3,7 \pm 1,4$	$3,7 \pm 1,5$
Evacuar	$3,1 \pm 1,9$	$3,3 \pm 1,8$	$3,3 \pm 1,8$	$2,7 \pm 1,8$	$3,2 \pm 1,8$
Urinar	$7,3 \pm 3,2$	$7,0 \pm 3,2$	$7,3 \pm 2,5$	$6,5 \pm 3,5$	$7,2 \pm 2,7$
Uso Vaso Sanitário	$7,8 \pm 4,2$	$7,1 \pm 4,2$	$7,7 \pm 3,5$	$6,5 \pm 4,8$	$7,5 \pm 3,8$
Alimentar-se	$4,9 \pm 4,5$	$4,5 \pm 4,5$	$4,6 \pm 4,1$	$5,0 \pm 4,8$	$4,7 \pm 1,2$
Transferências	$5,9 \pm 3,8$	$6,0 \pm 3,7$	$6,0 \pm 3,7$	$5,7 \pm 4,2$	$5,9 \pm 3,7$
Mobilidade	$8,7 \pm 2,7$	$6,9 \pm 4,1$	$8,2 \pm 3,2$	$6,2 \pm 4,7$	$7,8 \pm 3,6$
Vestir-se	$9,7 \pm 0,7$	$7,7 \pm 3,8$	$8,1 \pm 2,7$	$8,2 \pm 3,4$	$8,7 \pm 2,8$
Escada	$7,7 \pm 6,3$	$9,7 \pm 5,9$	$8,7 \pm 6,2$	$8,7 \pm 6,0$	$8,7 \pm 6,1$
Banho	$10,8 \pm 3,6$	$9,7 \pm 5,4$	$10,7 \pm 4,2$	$8,3 \pm 5,6$	$10,3 \pm 4,6$
TOTAL	$69,6 \pm 23,8$	$65,8 \pm 32,2$	$69,2 \pm 26,7$	$61,9 \pm 34,6$	$67,7 \pm 28,1$

FONTE: Batista, Valéria (2018)

4.2 DISCUSSÃO

Sobre as características etárias da amostra, Polese *et al.* (2008) relataram em seu estudo que a maior parte dos pacientes avaliados apresentaram idades de 56 a 65 anos. Já a pesquisa feita por Caneda *et al.* (2006) avaliaram 51 sujeitos, apresentaram uma média de 64,1 anos. Condizendo com a média de idade apresentada no presente estudo, que foi de 59,6 anos aos pacientes avaliados. Vieira *et al.* (2015) trouxeram que a idade é um fator de risco não passível de modificação e um dos determinantes mais fortes para o desenvolvimento do AVE, apesar da ocorrência em qualquer idade.

Em relação ao gênero dos pacientes avaliados, a grande maioria dos artigos encontrados trazem o gênero masculino como o mais propenso a sofrer AVE, consequentemente um maior índice de dependência. Tais resultados corroboram com o estudo de Polese *et al.* (2008) que apresentaram 62% da amostra correspondente a homens e 38% a mulheres.

Em contra-partida Reis *et al.* (2008) apresentaram 47,91% correspondentes ao sexo masculino e 52,09% ao sexo feminino. Corroborando com os dados apresentados por Caneda *et al.* (2006) que apresentaram dentre os pacientes incluídos, um maior número do sexo feminino, apresentando 52% mulheres e 49% homens.

Já o presente estudo não apresentou discrepância quanto a número de pacientes de cada gênero, porém mostrou uma pequena diferença na média de dependência nas AVDs de pacientes do sexo masculino em relação ao feminino, onde os homens apresentaram um maior índice de dependência, sendo $69,6 \pm 23,8$ a média de dependência do gênero masculino e $65,8 \pm 32,2$ feminino. Em contrapartida o estudo realizado por Azeredo *et al.* (2003) não mostra divergência no grau de dependência entre mulheres e homens

Pires *et al.* (2004) trazem o AVE do tipo isquêmico, como predominante nos casos sofridos pela população nacional, sendo 53,0% a 85,0% do total de casos de AVE. A Informação condiz com a pesquisa realizada por Polese *et al.* (2008) que trazem o perfil dos pacientes quanto a etiologia do AVE uma maior prevalência no tipo isquêmico (85,5%) em relação ao hemorrágico. O que pode ser explicado por Souza *et al.* (2007) que trouxeram em seu estudo que o AVE isquêmico é de 3 a 4 vezes mais frequente que o AVE hemorrágico, compreendendo de 70 a 80% de todos os acidentes vasculares encefálicos. Todos os dados e estudos apresentados corroboram com presente estudo, que mostrou uma maior incidência de pacientes com sequelas de AVE do tipo isquêmico na amostra.

Souza *et al.* (2007) também relataram não haver uma razão comprovada cientificamente sobre o AVE do tipo isquêmico ser mais frequente, porém é menos mortal, oscilando seu índice de mortalidade de 10 e 20%, enquanto que os acidentes vasculares de tipo hemorrágicos tem o índice de 40%.

Segundo Voos *et al.* (2008) as áreas acometidas e a extensão da lesão deixada pelo AVE influenciam fortemente a evolução do caso do paciente. Sendo que, existem diferenças importantes

entre as consequências funcionais de um AVE à esquerda e um AVE à direita.

Com base em uma pesquisa realizada por Junior *et al* (2017), entre 59 pacientes com AVE, 44% tiveram acometimento da região em hemisfério direito. Na análise de Costa *et al* (2011) dos 45 pacientes observou-se que 60% ficaram com sequela no hemicorpo direito. Desta amostra, 86,7% dos pacientes investigados exibiam dominância motora manual à direita resultando em graves prejuízos motores principalmente em suas atividades de vida diária.

O estudo de Santos *et al* (2011), com 10 pacientes acometidos por AVE, descreve que 7 deles apresentaram comprometimento no hemicorpo direito. Dessa forma é possível afirmar concordância com os resultados dos trabalhos citados e a pesquisa apresentada, pois dos 40 indivíduos entrevistados, 21 (52,5%) apresentaram sequela de hemicorpo direito, o qual está diretamente ligado com os comprometimentos nas atividades básicas de vida diária.

Voos *et al* (2008) também trouxeram que os pacientes com lesão do hemisfério esquerdo sendo comprometimento ao hemicorpo direito, tendem a apresentar, distúrbios graves da linguagem e apraxias. As atividades motoras que precisam de um maior planejamento possuem uma dependência maior do hemisfério esquerdo, sendo assim, estão mais prejudicadas em indivíduos com lesão à esquerda. Como a maioria das atividades básicas de vida diária envolvem sequências motoras mais complexas para esses indivíduos, pode-se supor que o desempenho de pacientes com lesão no hemisfério esquerdo estivesse mais alterado em indivíduos com lesão à esquerda, até porque, diante da modificação decorrente do AVE nas respostas motoras, parte do sequenciamento dos movimentos precisaria ser reprogramado nas atividades de vida diária.

O presente estudo apresentou maior índice de pacientes com lesões a esquerda sendo então o lado acometido a direita em 21 sujeitos (52,5%) podemos analisar que algumas atividades de vida diária propostas pelo índice de Barthel modificado, exigem o planejamento motor citado anteriormente, como higiene pessoal, transferências, subir e descer escadas e vestuário.

Quanto ao impacto funcional de lesões do hemisfério direito Voos *et al* (2008) trouxeram que pacientes com tais lesões primeiramente apresentaram prejuízo da imagem corporal, negligência para o espaço extracorpóreo contralesional e comprometimento visuomotor. A menor demanda de uso do membro superior não dominante nas atividades do cotidiano, em comparação ao membro superior dominante, seria um fator adicional a interferir com a recuperação. Isso reduziria a motivação do paciente na utilização do membro acometido nas AVDs, fazendo com que o mesmo permanecesse totalmente esquecido.

Como no presente estudo houve um maior índice de pacientes com comprometimento no hemicorpo direito, devido a lesões no hemisfério esquerdo é possível relacionar e entender porque esses pacientes apresentam um grau de dependência maior na realização de suas AVDs.

O estudo realizado por Vieira et al (2012) trouxe que o termo incapacidade está relacionado à inabilidade em realizar uma atividade de maneira adequada, o que determinará a dependência para realização das atividades de vida diária, isto é, a incapacidade de realizar independentemente essas atividades. Como pode ser evidenciado no presente estudo, o qual os pacientes apresentaram incapacidades funcionais na realização de suas atividades de vida diárias.

Quanto a classificação do nível de dependência, a pesquisa realizada por Azeredo *et al.* (2003) com 26 sujeitos, avaliados através do Índice de Barthel, identificaram que, 57,7% apresentaram uma dependência moderada; 19,2% dos pacientes foram classificados como independentes; 11,6% apresentaram uma dependência grave e 11,5% totalmente dependentes.

Já o estudo feito por Polese *et al.* (2008) apresentou 81% dos pacientes acometidos por AVE totalmente independentes, 13% dos mesmos precisaram de supervisão ou assistência para desenvolver suas atividades de vida diária e 6% dos pacientes dependentes. Concluindo que a grande maioria dos pacientes pós-AVE foram independentes ou semi-dependentes para as atividades propostas pelo Índice de Barthel.

O estudo aqui apresentado diverge de Polese *et al.* (2008) evidenciando entre os pacientes avaliados uma média classificada em dependência moderada. Em suas explicações Carvalho *et al.* (2012) que trazem que os comprometimentos funcionais das sequelas de AVE podem variar de um paciente para outro levando em conta que cada indivíduo possui uma recepção diferente das sequelas causadas pelo AVE.

Quanto a confiabilidade do Índice de Barthel Modificado para avaliação de dependência Caneda et al (2006) concluíram que a escala de avaliação mostra evidências de confiabilidade clinicamente aceitável e de boa aplicabilidade em nosso meio. Assim como Araújo et al (2007) além disso, definiram o Índice de Barthel Modificado como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica. Pinheiro et al (2013) também apresentaram o IBM como um instrumento de fácil aplicação, com um alto grau de confiabilidade e validade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes avaliados apresentaram um grau de dependência moderada nas atividades de vida

diária propostas, possível identificar e classificar através do Índice de Barthel Modificado. Acredita-se na importância de estabelecer critérios avaliativos que mensurem o nível de dependência dos indivíduos, afim de que se possa estabelecer metas reais de prevenção e tratamento neurofuncional. Sugere-se que a reabilitação por equipe multiprofissional possa ser estimulada, de maneira que vise potencializar respostas funcionais aliadas a realização de atividades básicas de vida diária.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F.; *et al.* **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados.** Volume 25, 2007.

AZEREDO, Z.; *et al.* **Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC.** Série III, volume 8, 2003.

BENNIE, S.; BRUNER, K.; DIZON, A.; FRITZ, H.; GOODMAN, B.; PETERSON, S. **Measurements of balance: comparison of the Timed" Up and Go" test and Functional Reach test with the Berg Balance Scale.** Journal of Physical Therapy Science, v.15, n.2, 2003.

BOTELHO, T. S; *et al.* **Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil.** João pessoa: volume 16, 2016.

Buchalla CM. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Universidade de São Paulo – EDUSP; 2008.

CANEDA, M, A, G.; *et al.* **Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral.** Porto alegre, 2006.

CARVALHO, Z. M. F.; *et al.* **Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária.** Colombia: Aquichan, vol. 14, núm. 2, junio, 2014.

COSTA F.; SILVA D.; ROCHA V. **Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral.** Revista da Escola de Enfermagem USP, vol 45, n.5, p. 1083-1088, 2011.

FIGUEIREDO, K. M. O. B; LIMA, K. C; GUERRA, R. **O Instrumento de avaliação do equilíbrio corporal em idosos.** Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum. 2007.

FERNANDES, F.; *et al.* **Evolução motora e funcional de doentes com avc nos primeiros três meses após a alta-hospitalar.** Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, nº 7, p. 426-438 (2010).

FERNÁNDEZ, M. G.; *et al.* **eBaViR, easy Balance Virtual Rehabilitation system: a study with patients.** Stud Health Technol Inform. 2010;154:61-6.

GARRITANO, C. R.; *et al.* **Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI.** Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol. 2012.

JUNIOR J. L.; SANTOS J.; MELO E.; *et al.* **Avaliação clínica e topográfica de pacientes diagnosticados com acidente Vascular Cerebral no serviço de emergência.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol 21, n. 1, p. 43-50, 2017.

PINHEIRO, I . M; *et al.* **Correlação do índice de Barthel modificado com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo, 2013

PIRES, S, L.; *et al.* **Estudo das frequencias dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral**

isquêmico em idosos. São Paulo, 2004.

Pompeu, S.M.A.A.; Pompeu, J.E.; Rosa, M.; Silva, M.R. **Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral.** Rev Neurocienc. 2011;19(4):614-20.

POLESE, J. C. *et al.* **Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico.** Passo fundo (RS), 2008.

RANGEL, E, S, S.; *et al.* **Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação.** Maceió, 2013.

REIS, L. A.; *et al.* **Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié,BA.** Rio grande do norte, 2008.

Reis, R. D.; Pereira, E. C.; *et al.* **Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).** Minas Gerais: Interface- comunicação saúde educação; 2017; 21(62):641-50.

REGULA SUS. BEN, A. J.; *et al.* **Resumo clínico- AVC.** Porto Alegre: TelessaúdeRS/ UFRGS, 2016.

SANTOS D.; PEGORARO A.; ABRANTES C.; *et al.* **Avaliação da mobilidade funcional do paciente com seqüela de AVC após tratamento na piscina fisioterapêutica.** Einstein, vol 9, n. 3, p 302-6. 2011.

SORIANO, F. F. S; BARALDI, K. **Escala de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós-acidente vascular encefálico.** SãoPaulo: ConScientiae Saúde, vol.9, núm.3, 2010

SOUZA, A. R; *et al.* **Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de acidente vascular encefálico através do Índice de Barthel em diferentes períodos após instalação da lesão.** Maringá, 2007.

VIEIRA, C. P. B; *et al.* **Idosos com acidente vascular isquêmico: caracterização sociodemográfica e funcional.** Ceará, 2012.

VOOS, M. C. **Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros.** São Paulo, 2008.

APÊNDICE 1 – [Termo de consentimento livre e esclarecido

(TCLE)] TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO- TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, EQUILÍBRIO FUNCIONAL E RISCO DE QUEDAS EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR**

ENCEFÁLICO (AVE)”, em virtude de participar de uma pesquisa, coordenada pelo (a) Professor

(a) Cristina Romero e contará ainda com os alunos de graduação de fisioterapia: Arieli Gil, Jacqueline Mantovani Criveletto, Maira Kelm e Valéria Batista.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a FAG ou com o Centro de Reabilitação da FAG.

Os objetivos desta pesquisa são: avaliar pacientes com sequela de AVE através de testes e escalas para saber se há um risco de queda nestes indivíduos e o quanto isso interfere na independência para atividades de vida diária (AVD). Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: realizará atividades propostas por uma escala que irá avaliar o seu equilíbrio, através de várias tarefas propostas. Um teste que avalia o risco de queda através de uma pequena caminhada onde o tempo será cronometrado. Uma escala que avalia o equilíbrio e a marcha, para obter resultados sobre o fator de risco de quedas. Uma escala que identifica possíveis dificuldades que interferem na qualidade da realização das AVDs. O tempo previsto para a participação das avaliações é aproximadamente vinte minutos.

Os riscos relacionados com sua participação, são: constrangimento para responder os questionários, fadiga, queda durante a realização da avaliação físico-motora antes de qualquer procedimento o pesquisador fará a aferição da PA, FC e SpO2, e ao término das avaliações motoras e antes da aplicação dos questionários os sinais vitais serão reavaliados para verificação de qualquer alteração clínica que tenha sido apresentada devido a ansiedade e ou agitação e serão minimizados pelos seguintes procedimentos: caso haja alguma intercorrência durante a entrevista, a equipe multiprofissional da unidade será acionada e você será atendido (a) imediatamente.

Os benefícios relacionados ao estudo são: esclarecimentos teóricos sobre o AVE, suas alterações comuns, cuidados gerais de prevenção de complicações, análise das

dificuldades e percepção do potencial de cada paciente.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Se o participante tiver algum custo ou gasto financeiro comprovadamente oriundo da pesquisa será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Cristina Romero
Endereço: Av. das Torres, 500 - Loteamento Fag, Cascavel - PR,
85806-095 Telefone: (45) 3321-3858

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do participante da pesquisa: ____ Assinatura do participante da pesquisa:

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz
Avenida das Torres 500 – Bloco 4 – Bairro FAG
Cascavel-Paraná CEP: 85806-095
Tel.: (45)33213791
Coordenadora: Profª. Andressa
Almeida Email:
comitedeetica@fag.edu.br

ANEXO 1 - [Aparecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP]



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das atividades de vida diária, equilíbrio, funcional e risco de quedas em indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico.

Pesquisador: Cristina Hamerski Romero

Área

Temática:

Versão: 1

CAAE: 88550218.0.0000.5219

Instituição Proponente: FUNDACAO ASSIS GURGACZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.677.124

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada Avaliação das atividades de vida diária, equilíbrio, funcional e risco de quedas em indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico. sob responsabilidade do pesquisador Cristina Hamerski Romero e número de CAAE 88550218.0.0000.5219 ENCONTRA-SE DE ACORDO com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme normativas do Sistema CEP/CONEP. A equipe da pesquisa respeita os participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados, bem como, descreve que oferecerá o suporte necessário em eventual risco.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa Avaliação das atividades de vida diária, equilíbrio, funcional e risco de quedas em indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico é: Avaliar pacientes com sequelas de AVE usando escalas validadas na literatura. Trata-se de um estudo transversal e observacional de amostragem selecionada por conveniência, através da análise de prontuários existentes no Centro de Reabilitação FAG, para estabelecer a amostra, que será constituída por pacientes com diagnóstico clínico AVE que recebem tratamento fisioterapêutico no mesmo, desde janeiro a julho de 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa ENCONTRA-SE DE ACORDO a resolução 466/12 quanto aos Riscos e Benefícios conforme o item I.3 - assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 - assistência imediata - é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 - assistência integral - é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

De acordo com o informado no projeto de pesquisa a coleta de dados possui como risco constrangimento para responder os questionários, fadiga, queda durante a realização da avaliação físico-motora, alteração dos sinais vitais (PA,FC) devido ansiedade e ou agitação. Antes de qualquer procedimento, o pesquisador fará a aferição da PA, FC e SpO2. Ao término das avaliações motoras e antes da aplicação dos questionários, os sinais vitais serão reavaliados para verificação de qualquer alteração clínica que tenha sido apresentada. Se em algum momento da aferição, um dos sinais clínicos estiver inadequado, o paciente será encaminhado a enfermaria do Centro de Reabilitação e a avaliação, naquele dia, não será realizada, sendo que será feito um novo agendamento futuro.

Com relação aos benefícios estão os esclarecimentos teóricos sobre o AVE, suas alterações comuns, cuidados gerais de prevenção de complicações, análise das dificuldades e percepção do potencial de cada paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende ao disposto na Resolução CNS 466/2012, a qual prevê que os dados obtidos nesta coleta poderão ser utilizados na publicação de artigos científicos, mas o pesquisador assume a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes como dados de identificação. Os dados coletados serão armazenados em local seguro, junto aos pesquisadores, por um período de cinco (05) anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram corretamente anexados e ESTÃO DE ACORDO com os critérios éticos exigidos. As autorizações estão assinadas e carimbadas, o TCLE e o TCUO contemplam todos os itens exigidos, sendo claro, objetivo e informativo quanto aos procedimentos que serão realizados durante a coleta de dados.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador siga fielmente os procedimentos metodológicos descritos no projeto, bem como envie relatório final ao término da pesquisa. Caso haja alguma modificação no projeto, este CEP deverá ser informado por meio de emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta pesquisa encontra-se APROVADA e não possui pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1108622.pdf	24/04/2018 16:26:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPRAENTREGA.docx	24/04/2018 16:23:27	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETCNEURO.docx	24/04/2018 16:22:43	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.pdf	11/04/2018 11:33:22	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODEINSTITUICAOPARTICIPANTEOUUCOPARTICIPANTEAUTORIZACAODORESPONSAVELPELOCAMPODEESTUDO.pdf	08/04/2018 13:19:28	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODEPESQUISADORES.pdf	08/04/2018 13:16:52	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOPARAUSO DEDADOSEMARQUIVO.pdf	08/04/2018 13:14:46	JACQUELINE APARECIDA MANTOVANI CRIVELETTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 24
de abril de
2018

Assinado por: Thayse Dal Molin Alérico (Coordenador)

ANEXO 2

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. / / HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL
1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO
1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTACAO
1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOALETE
1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS
1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUARIO
1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário.
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.

4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)
1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.
Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).
Não se aplica aos pacientes que deambulam.
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O
cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total