

# **Comprometimento funcional de adultos com Acidente Vascular Encefálico segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

Functional compliance of adults with Stroke according to the International Classification of functionality, disability and health

Giani Gabriele Maciel Santos<sup>1</sup>

Pricila Moraes de Lima<sup>2</sup>

Renata Mariana da Silva Alves<sup>3</sup>

Paula Drielly de Melo Ribeiro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluno do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces-Unita.

<sup>2</sup>Aluno do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces-Unita.

<sup>3</sup>Aluno do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces-Unita.

<sup>4</sup>Docente de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces-Unita, Mestre em Fisioterapia UFPE.

## **Autor para correspondência:**

Giani Gabriele Maciel Santos

Caruaru-PE, Brasil.

Telefone: 81-994413031

E-mail: gianigabriele13@gmail.com

## Resumo

**Introdução:** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) ocasiona anormalidades nas funções neurológicas e gera comprometimento funcional tendo apresentado relevante prevalência nos adultos, população economicamente ativa. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite através de uma linguagem padrão a avaliação funcional de forma global, envolvendo alterações em funções e estruturas corporais e os fatores ambientais. **Objetivo:** Verificar o comprometimento funcional de adultos acometidos por Acidente Vascular Encefálico segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Método:** estudo de corte transversal com abordagem quantitativa dos dados, onde a população pesquisada foi adultos entre 19 a 49 anos, ambos os gêneros, que apresentaram hemiparesia espástica decorrente de AVE e que estavam em tratamento fisioterapêutico. Foi avaliada a espasticidade através da escala de Ashworth, bem como o nível de funcionalidade através da aplicação de um questionário baseado no core set para AVE da CIF. **Resultados:** observou-se na amostra que a maioria era do sexo masculino, tinha AVE hemorrágico e apresentava faixa etária de 40-49 anos. Apresentaram como queixa principal a função motora, e comprometimento braquial. Quanto a espasticidade em sua maioria apresentou tônus de leve/moderado com maior incidência flexores de cotovelo, punho e dedos. Apresentaram comprometimento grave/completo para a maioria das atividades que envolvia membros superiores, uso de transporte e questões relacionadas ao trabalho. **Conclusão:** O comprometimento funcional dessa população decorre principalmente dos aspectos motores e cognitivos que dificulta a realização de atividades importantes, assim como as barreiras que existem fora do domicílio impedindo a reintegração por completo desta população. **Palavras-Chave:** Acidente Vascular Encefálico; Adulto; Fisioterapia; Participação social.

## Abstract

**Introduction:** Stroke causes abnormalities in neurological functions and generates functional impairment, presenting a relevant prevalence in adults, an economically active population. The International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) allows for a global assessment of the functional evaluation, involving changes in functions and body structures and environmental factors. **Objective:** To verify the functional impairment of adults affected by stroke according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF). **Method:** cross-sectional study with a quantitative data approach, where the population studied were adults between 19 and 49 years of age, both genera, who presented spastic hemiparesis due to stroke and who were under physiotherapeutic treatment. We assessed spasticity through the Ashworth scale, as well as the level of functionality through the application of a questionnaire based on the core set for CIF stroke. **Results:** it was observed in the sample that the majority were male, had hemorrhagic stroke and had an age group of 40-49 years. They presented as main complaint motor function, and brachial impairment. As for spasticity most presented mild / moderate tone with higher incidence of elbow, wrist and finger flexors. They presented severe / complete impairment for most activities involving upper limbs,

transportation use, and work-related issues. **Conclusion:** The functional impairment of this population stems mainly from the motor and cognitive aspects that make it difficult to perform important activities, as well as the barriers that exist outside the home, preventing the complete reintegration of this population.

**Keywords:** Stroke; Adult; Physiotherapy; Social participation.

## **Introdução**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma patologia grave e recorrente entre os distúrbios neurológicos. O AVE no Brasil é considerado um dos principais motivos de internação e letalidade, ocasionando na maior parte dos pacientes uma alteração neuromuscular, sensorial (parcial ou total), perceptual, cognitiva e emocional.<sup>1</sup>

A hemiparesia é o distúrbio motor mais frequente e se caracteriza por fraqueza de um lado do corpo associado à espasticidade. Pacientes com hemiparesia apresentam dificuldades nas transferências posturais como passar de sentado para de pé, movimentar-se na cama, realizar auto cuidados e deambular sozinho ou até mesmo com apoio.<sup>2</sup>

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um sistema de classificação utilizado mundialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade ao nível individual e coletivo. Na CIF são verificadas as alterações estruturais, funcionais, dificuldades nas atividades diárias, interferência na participação social e as possíveis barreiras encontradas.<sup>3</sup>

Dentre os fatores ambientais da CIF encontram-se as barreiras, onde a sua inexistência ou presença restringe a funcionalidade e ocasiona incapacidade. Os fatores ambientais englobam questões como ausência de tecnologia de assistência apropriada, ambiente físico inacessível, comportamentos negativos das pessoas com relação à incapacidade, tal como serviços, sistemas e políticas ausentes ou que impedem a relação de todas as pessoas com um estado de saúde em todas as áreas.<sup>4</sup>

A fase de acentuada atividade produtiva vai dos 20 aos 59 anos.<sup>5</sup> Estudos recentes têm demonstrado que a incidência de AVE em adultos jovens tende a aumentar. Estima-se que a porcentagem de adultos jovens atinja 5 a 10% do total de indivíduos com AVE.<sup>6</sup> Pacientes jovens acometidos por AVE têm sido alvo de estudos e pesquisas epidemiológicas, instigadas especialmente pelo relevante impacto individual e socioeconômico gerado nessa população economicamente ativa.<sup>7</sup>

Diante disto é relevante estudar o impacto funcional que o AVE causa na população adulta e ainda, analisar as principais barreiras encontradas que impeçam o indivíduo de manter um adequado convívio social.

O estudo teve como objetivo verificar o comprometimento funcional de adultos acometidos por Acidente Vascular Encefálico segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

## **Métodos**

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa dos dados. A população pesquisada foi composta por adultos na faixa etária entre 19 a 49 anos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE).

A amostra foi selecionada por conveniência e abrangeu os pacientes hemiparéticos que faziam tratamento fisioterapêutico na Clínica-escola de

Fisioterapia da ASCES-UNITA ou em unidades básicas de saúde. Tais locais foram escolhidos por serem centros especializados do SUS para o tratamento fisioterapêutico de pacientes de Caruaru e região e as unidades de saúde por encaminharem os pacientes que precisam deste tratamento.

Foram incluídos adultos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE), idade entre 19 a 49 anos, ambos os gêneros que apresentavam hemiparesia espástica e realizavam fisioterapia. Foram excluídos pacientes acamados que possuísem doenças neurológicas associadas, tivessem sido acometidos por mais de um AVE e que apresentassem alterações cognitivas impedindo a compreensão dos comandos realizados durante o processo avaliativo.

Para a coleta de dados, foi explicada aos possíveis participantes a relevância da pesquisa e os objetivos convidando-os a participarem da mesma. Os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Da mesma forma, os responsáveis pelos serviços que foram coletados os dados do estudo receberam informações acerca do mesmo e assinaram uma carta de anuência como forma de assentimento da pesquisa.

Após a assinatura, foi aplicado um questionário para que os voluntários respondessem sobre dados pessoais, tipo de AVE, tempo de acometimento da doença, início e regularidade da fisioterapia além da principal queixa funcional.

Em seguida foi avaliada a espasticidade através da escala de Ashworth modificada. Esta escala é usada na prática clínica para avaliar o aumento do tônus muscular em que através da movimentação passiva das articulações observa-se uma resistência ao movimento. Seu score varia de 0 a 4, onde 0 significa nenhum aumento no tônus muscular; 1= leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão á resistência mínima no final da amplitude de movimento articular (ADM); 2= aumento mais marcante do tônus muscular durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente; 3= considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil e 4= rigidez em flexão ou extensão<sup>8</sup>.

A próxima etapa constou da aplicação de um questionário estruturado baseado no *core set* para AVE da CIF. O termo *Core set* significa lista adaptada da CIF que agrupa categorias mais relevantes a serem analisadas do ponto de vista funcional para uma determinada condição de saúde. No caso do presente estudo foi utilizado o *core set* para AVE, onde as categorias analisadas foram atividade e participação social bem como fatores ambientais.

Para quantificar a gravidade do problema são necessários os qualificadores. Estes são representados por números em que: 0 representa nenhum problema, 1= ligeiro problema, 2= problema moderado, 3= problema grave, 4= problema completo, 8 não especificado e 9 não aplicável. Para os fatores ambientais, o qualificador é usado para indicar a extensão negativa em caso da existência de barreiras e positiva quando se trata de facilitadores, usando o mesmo escore de 0-4. Vale salientar que o sinal positivo representará os facilitadores (OMS, 2003)<sup>4</sup>.

Os dados foram tabulados de forma descritiva e apresentados como percentuais com distribuição de frequência e agrupados em tabelas usando o software Microsoft Office Word 2010. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA) com o número CAAE: 88995718.8.0000.5203, e com base nos princípios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos.

## Resultados

Após a verificação dos critérios de elegibilidade, a amostra do estudo constou de 9 participantes. As características gerais da amostra se apresentam na Tabela 1 onde foi observado que a maioria era do sexo masculino (55%) e tinha entre 40-49 anos (77%), em relação ao tipo de AVE o de maior predomínio foi do tipo hemorrágico (55,5%). Quanto ao tempo que ocorreu a lesão (66,6%) tinha ocorrido há mais de 1 ano. Quando questionados ao início de realização da fisioterapia 88,8% relataram que começaram logo após o AVE, apenas 1 (11,1%) relatou que começou tardiamente. Em relação a queixa principal a maioria (77,7%) relatou que o que mais os incomoda é a função motora, seguido da função de sensibilidade (22,2%). O comprometimento motor mais prevalente foi o braquial (66,6%) em relação ao crural (33,3%).

**Tabela 1** – Características gerais da amostra (n=10)

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	4	44,4%
Masculino	5	55,5%
<b>Idade</b>		
19-29	0	0%
30-39	2	22,2%
40-49	7	77,7%
<b>Tipo de AVE</b>		
Isquêmico	3	33,3%
Hemorrágico	5	55,5%
Isquêmico/Hemorrágico	1	11,1%
<b>Tempo de AVE</b>		
6 meses	2	22,2%
6 meses-1 ano	1	11,1%
Acima de 1 ano	6	66,6%
<b>Início da fisioterapia</b>		
Logo após o AVE	8	88,8%
6 meses após	0	0%
6 meses-1ano	0	0%
Acima de 1 ano	1	11,1%
<b>Queixa principal</b>		
Motora	7	77,7%
Social	0	0%

Psicológica	0	0%
Linguagem	0	0%
Sensibilidade	2	22,2%
Social	0	0%
<b>Comprometimento</b>		
Braquial	6	66,6%
Crural	3	33,3%

**N**= Frequência    **%**= porcentagem

A Tabela 2 mostra os dados referentes a avaliação de tônus através da escala de Ashworth, onde se observou que de modo geral a maioria apresentava de leve a moderado aumento de tônus estando entre os escores 1 a 2, não apresentando rigidez articular. Na maioria as alterações de tônus estavam relacionadas com o membro superior, coincidindo com a maior prevalência do comprometimento motor braquial já relatado pelos participantes. Entre os grupos musculares que apresentaram maior incidência de espasticidade estão os flexores de cotovelo, flexores de punho e flexores de dedos das mãos encontrando-se entre os escores 1 a 2. Quanto aos membros inferiores as alterações de tônus se mostraram menos incidentes, com alterações significativas apenas para o grupo muscular dos flexores plantares estando entre os escores de 1 a 4.

**Tabela 2-** Avaliação do Tônus através da escala de Ashworth Modificada

Músculos	0		1		1+		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Flexores ombro</b>	8	88,8%	0	0%	0	0%	1	11,1%	0	0%	0	0%
<b>Extensores ombro</b>	8	88,8%	0	0%	0	0%	1	11,1%	0	0%	0	0%
<b>Flexores cotovelo</b>	3	33,3%	4	44,4%	0	0%	2	22,2%	0	0%	0	0%
<b>Extensores cotovelo</b>	6	66,6%	0	0%	2	22,2%	1	11,1%	0	0%	0	0%
<b>Flexores punho</b>	2	22,2%	1	11,1%	1	11,1%	5	55,5%	0	0%	0	0%
<b>Extensores punho</b>	5	55,5%	3	33,3%	0	0%	0	0%	1	11,1%	0	0%
<b>Flexores dedos da mão</b>	2	22,2%	3	33,3%	0	0%	4	44,4%	0	0%	0	0%
<b>Extensores dedos das mãos</b>	5	55,5%	3	33,3%	0	0%	0	0%	1	11,1%	0	0%
<b>Flexores quadril</b>	5	55,5%	3	33,3%	0	0%	1	11,1%	0	0%	0	0%
<b>Extensores Quadril</b>	7	77,7%	2	22,2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Flexores joelho</b>	5	55,5%	4	44,4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Extensores joelho</b>	6	66,6%	3	33,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Dorsiflexores</b>	5	55,5%	2	22,2%	1	11,1%	0	0%	1	11,1%	0	0%

2 22,2% 4 44,4% 0 0% 0 2 22,2% 0% 1 11,1%

**Flexores plantar**

**N=** Frequência **%=** Porcentagem

**Escala de Ashworth=** 0=tônus muscular normal; 1= leve aumento do tônus muscular, resistência no final da amplitude de movimento articular (ADM); 1+= discreto aumento do tônus muscular, resistência <50% da ADM; 2= aumento do tônus muscular durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente; 3= considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil; 4= rigidez em flexão ou extensão.

A tabela 3 demonstra os dados referentes a atividade e participação da CIF, identificando a gravidade funcional. Para os itens (d230) gerir a rotina diária (55,5%), (d440) uso fino das mãos (33,3%), (d445) uso da mão e braço (44,4%), (d470) utilização de transporte (44,4%) e (d475) dirigir (55,5%) apresentaram problema grave ou completo. Para o item (d450) Andar (88,8%) relataram que tem problema leve a moderado, e para os itens a seguir (77,7%) apresentaram problema leve a moderado: (d170) escrever, (d345) produção de mensagens não verbais, (d430) levantar e carregar objetos, (d455) deslocar-se. Para atividade (d520) cuidar das partes do corpo (66,6%) apresentou problema leve/moderado e para atividade (d540) vestir-se (55,5%) apresentou problema leve/moderado.

**Tabela 3-**Relação entre a gravidade funcional com os aspectos de atividade e participação da escala de funcionalidade (CIF)

Atividade e participação (CIF)	Nenhum problema		Leve/ Moderado		Grave/ Completo		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>d160</b>	3	33,3%	5	55,5%	1	11,1%	0	0%
<b>d170</b>	1	22,2%	7	66,6%	1	11,1%	0	0%
<b>d220</b>	3	33,3%	4	44,4%	2	22,2%	0	0%
<b>d230</b>	3	33,3%	1	11,1%	5	55,5%	0	0%
<b>d240</b>	2	22,2%	4	44,4%	3	33,3%	0	0%
<b>d330</b>	4	44,4%	5	55,5%	0	0%	0	0%
<b>d345</b>	2	22,2%	7	77,7%	0	0%	0	0%
<b>d430</b>	2	22,2%	7	77,7%	0	0%	0	0%
<b>d440</b>	0	0%	5	55,5%	3	33,3%	1	11,1%
<b>d445</b>	1	11,1%	3	33,3%	4	44,4%	1	11,1%
<b>d450</b>	1	11,1%	8	88,8%	0	0%	0	0%
<b>d455</b>	2	22,2%	7	77,7%	0	0%	0	0%
<b>d470</b>	2	22,2%	3	33,3%	4	44,4%	0	0%
<b>d475</b>	0	0%	4	44,4%	5	55,5%	0	0%
<b>d520</b>	3	33,3%	6	66,6%	0	0%	0	0%
<b>d540</b>	4	44,4%	5	55,5%	0	0%	0	0%
<b>d550</b>	5	55,5%	4	44,4%	0	0%	0	0%
<b>d570</b>	5	55,5%	4	44,4%	0	0%	0	0%

**N=**Frequência **%=** porcentagem



**Códigos da CIF:** d160=Concentrar a atenção; d170= Escrever; d220= Realizar tarefas múltiplas; d230= Realizar a rotina diária; d240= Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas; d330= Fala; d345= Produção de mensagens não verbais; d430= Levantar e carregar objetos; d440= uso fino das mãos; d445= Uso da mão e do braço; d450= Andar; d455= Deslocar-se; d470= Utilização de transporte; d475= dirigir; d520= Cuidado das partes do corpo; d540= Vestir-se; d550= Comer; d570= Cuidar da própria saúde.

A tabela 4 demonstra a identificação da gravidade funcional baseada nos dados referentes aos fatores ambientais da CIF. Para os itens (e135) produtos e tecnologia para o trabalho, (e570) serviços, sistemas e políticas da previdência social e (e590) sistemas, serviços e políticas para trabalho e emprego (44,4%) demonstraram comprometimento grave/completo. Para o fator (e120) produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (77,7%) apresentaram problema leve/moderado. Para os fatores (e515) serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção. E para o fator (e420) atitudes individuais dos amigos (55,5%) relataram problema leve/moderado.

**Tabela 4-**Relação entre a gravidade funcional com os aspectos ambientais da escala de funcionalidade (CIF)

Fatores ambientaisCIF	Nenhum problema		Leve/Moderado		Grave/Completo		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%
e120	2	22,2%	7	77,7%	0	0%	0	0%
e135	4	44,4%	0	0%	4	44,4%	1	11,1%
e150	3	33,3%	3	33,3%	2	22,2%	1	11,1%
e355	4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%	0	0%
e420	4	44,4%	5	55,5%	0	0%	0	0%
e425	3	33,3%	6	66,6%	0	0%	0	0%
e515	5	55,5%	4	44,4%	0	0%	0	0%
e540	3	33,3%	3	33,3%	3	33,3%	0	0%
e570	2	22,2%	1	11,1%	4	44,4%	2	22,2%
e580	5	55,5%	3	33,3%	1	11,1%	0	0%
e590	2	22,2%	2	22,2%	4	44,4%	1	11,1%

**N**=Frequência **%**= porcentagem

**Códigos da (CIF):** e120= Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos; e135= Produtos e tecnologia para o trabalho; e150= Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para o uso público; e355= Profissionais da saúde; e420= Atitudes individuais dos amigos; e425= Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e515= Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção; e540= Serviços, sistemas e políticas de transporte; e570= Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social; e580= Serviços, sistemas e políticas de saúde; e590= Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego.

## Discussão

Na literatura pode-se observar a incidência do AVE majoritariamente em pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 74 anos e com etiologia predominantemente isquêmica<sup>9,10</sup>. Apesar disto, o presente estudo abordou a



população jovem visto que quando ocorre um AVE neste público, a funcionalidade fica comprometida principalmente por serem ativos no trabalho.

Em relação à queixa principal (tabela 1), a função motora se destaca, assim como na literatura, em que o distúrbio motor é um dos problemas regularmente achados no acidente vascular encefálico, sendo repercutido no comprometimento da marcha.<sup>12</sup>

No que diz respeito ao comprometimento parético (tabela 1), é evidenciada a seqüela braquial dos participantes, o que se relaciona diretamente com a queixa principal função motora com 77,7%, além de associar-se também aos itens de atividade e participação de (d445) uso da mão e braço (44,4%) e (d475) dirigir (55,5%) que apresentaram problema grave ou completo e para os itens (d170) escrever e (d430) levantar e carregar objetos apresentaram problema moderado. Na espasticidade (tabela 2) também foi evidenciado prejuízo na função motora dos membros superiores (comprometimento leve a moderado de 44% a 55% para flexores cotovelo, flexores de punho e dedos das mãos). Segundo Serrano e colaboradores<sup>11</sup> o padrão de espasticidade mais frequentes foram a mão fechada, o padrão em flexão do cotovelo (ambos com 57,1%), e flexão do punho (42,9%).

Nos itens da atividade e participação (tabela 3), destacam-se os itens referentes a mobilidade: 88% apresentaram problema leve/moderado no andar (d450) e para (d455) deslocar-se 77% apresentaram problema leve/moderado. Já para o item uso de transportes (d470) apresentaram problema de leve/moderado a grave/completo, o que se reafirma quando levado em consideração o item (e120) produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (tabela 2) onde 77,7% apresentaram problema leve/moderado. Neste estudo nenhum dos pacientes fazem uso de dispositivos auxiliares para marcha.

A literatura corrobora com os dados encontrados relatando que a mobilidade dentro do domicílio apresenta pouco comprometimento, mas os problemas de mobilidade se ampliam quando considerados o entorno do domicílio e a mobilidade para outros bairros da cidade<sup>5</sup>. Embora não se explique o principal motivo para o fato pressupõe-se que aconteça pela dificuldade que a maioria apresenta para dirigir e ao difícil acesso aos transportes públicos. Dentre os principais motivos foram relatados: calçamentos irregulares nos espaços urbanos, transporte público sem acessibilidade e a própria dificuldade motora, obtendo como alternativa sair de casa sempre acompanhado por familiares ou amigos, barreira grave no uso do transporte público pelo fato da superlotação.

Quanto aos fatores ambientais analisados (tabela 4), 44,4% dos voluntários demonstraram comprometimento grave/completo e (22,2%) problema leve/moderado para os itens: (e135) produtos e tecnologia para o trabalho, (e570) serviços, sistemas e políticas da previdência social e (e590) sistemas, serviços e políticas para trabalho e emprego. De acordo com Falcão e colaboradores<sup>5</sup>, 83% dos homens e 54% das mulheres encontravam-se trabalhando antes do AVE e apenas 25% dos homens e 4,5% das mulheres mantiveram essa condição após o acometimento. E ainda, aproximadamente 10% dos homens e 45% das mulheres passaram a ter como fonte de renda as doações ou recursos de familiares. Estes dados evidenciam o comprometimento pessoal e social desta população economicamente ativa.

Em referência aos fatores ambientais, sendo eles serviços, sistemas e políticas de reinserção para o trabalho, são considerados pela maior parte dos indivíduos como barreiras,<sup>13</sup> corroborando assim com o presente estudo.

No geral, o adulto jovem acometido por AVE apresenta um prognóstico mais favorável do ponto de vista motor e neurológico com comprometimento mais ameno, menores taxas de mortalidade e recorrência da doença, Todavia, o impacto pessoal e socioeconômico (perda de produtividade e relações sociais e profissionais) são grandes com altos custos de saúde e tratamento, visto que convivem mais anos com as morbidades instaladas do que a população idosa.<sup>5</sup>

## **Conclusão**

De acordo com os resultados do estudo pode-se observar que o comprometimento funcional de adultos com AVE existe e sua maior gravidade tem relação com o comprometimento motor e cognitivo uma vez que há dificuldade na realização de atividades que envolvam o uso dos membros superiores tais como: dirigir e uso fino das mãos.

Além disso, apesar de conseguirem andar sem dispositivo de auxílio e não ter grandes dificuldades no deslocamento dentro de casa existe barreira quanto à mobilidade e transporte pessoal do entorno/externa e grande impacto pessoal e socioeconômico desse público. O fato de não conseguir voltar ao trabalho e não haver incentivo, a renda familiar é comprometida e altera ou até impossibilita as relações sociais e profissionais.

Assim, torna-se necessário conhecer a funcionalidade desse público economicamente ativo para nortear ações de empoderamento em relação aos direitos aos serviços e políticas para trabalho e emprego e aos reajustes necessários para uma adequada acessibilidade.

Sugere-se que o estudo seja continuado com uma amostra maior para que tenha representatividade para o público em questão.

## **Referências**

1. Santana MTM, Chun RY. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *CoDas*. 2017; 29(1): 1-8.
2. Leite N N et al. Uso da bola terapêutica no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com hemiparesia. *Fisioterapia em Movimento*. 2017; 22(1):121-131.
3. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*. 2005; 8(2): 187-93.
4. Organização mundial de saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.
5. Falcao IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004; 4(1): 95-101.

6. Henriques M, Henriques J, Jacinto J. Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem: A Realidade num Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 2015; 27(1): 9-13.
7. Zetola VHF, Novak EM, Camargo CHF, Junior HC, Coral P, Muzzio JA, et al. Acidente Vascular Cerebral, Análise de 164 casos. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 2001; 59(3): 740-45.
8. Escarcel BW, Muller MR, Rabuske M. Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquêmico próximo a alta hospitalar. *Rev Neurociência*. 2010; 18(4):498-504 .
9. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2007; 20 (1): 22.
10. Cardoso T, Fonseca T, Costa M. Acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Revista Acta Médica Portuguesa*. 2003; 16: 239-244.
11. Serrano S, Constantino J, Januário F, Amaral C. Espasticidade do Membro Superior: Avaliação da Eficácia e Segurança da Toxina Botulínica e Utilidade da Escala GAS - Estudo Retrospectivo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 2014; 25(1).
12. Segura, D. D. C. A., Bruschi, F. A., Golin, T. B., Gregol, F., Bianchini, K. M., & Rocha, P. (2008). A evolução da marcha através de uma conduta cinesioterapêutica em pacientes hemiparéticos com sequela de AVE. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 12(1).
13. POMMEREHN, Jodelj; DELBONI, Miriam Cabrera Corvelo; FEDOSSE, Elenir. International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation. In: *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 2016. p. 132-140.