



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**JUSSARA MIRELLA VICTOR PEREIRA**

**PROPOSTA DE *CORE SET* PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE  
FUNCIONAL E COGNITIVA EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC EM  
FASE CRÔNICA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**JUNHO/2016**

**JUSSARA MIRELLA VICTOR PEREIRA**

**PROPOSTA DE *CORE SET* PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE  
FUNCIONAL E COGNITIVA EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC EM  
FASE CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
em cumprimento às exigências para  
obtenção do diploma de Fisioterapeuta  
pela Universidade Estadual da Paraíba.

**Área de Concentração:** Neurofuncional

**Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carlúcia Ithamar F.  
Franco

**Orientanda:** Jussara Mirella Victor Pereira

**CAMPINA GRANDE-PB  
JUNHO/2016**

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

P436p Pereira, Jussara Mirella Victor.  
Proposta de Core set para avaliação da capacidade funcional e cognitiva em indivíduos acometidos por AVC em fase crônica [manuscrito] / Jussara Mirella Victor Pereira. - 2016.  
30 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia".

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Core set. 3. Capacidade funcional. 4. Capacidade cognitiva. I. Título.

21. ed. CDD 616.81

JUSSARA MIRELLA VICTOR PEREIRA

PROPOSTA DE *CORE SET* PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL  
E COGNITIVA EM INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR AVC EM FASE CRÔNICA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Fisioterapia da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito para obtenção do título de  
Fisioterapeuta.

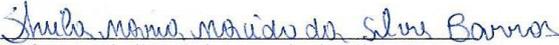
Área de concentração: Neurologia.

Aprovada em: 29/06/2016.

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Carlúcia Ithamar F. Franco (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Sheila Maria Macedo da Silva Barros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## RESUMO

\*Jussara Mirella Victor Pereira

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um quadro neurológico agudo, está entre as principais causas de morte e incapacitação física no mundo desenvolvido com rápido desenvolvimento de sinais clínicos. **Objetivo:** Elaborar e investigar a aplicabilidade da CIF através de um *core set* sobre a capacidade de função motora e cognitiva em indivíduos acometidos por AVC na fase crônica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter transversal, onde a população foi composta por 21 pacientes acometidos por AVC atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia de ambos os sexos que participam do projeto GAIPH. Nesse estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de avaliação sócio-demográfica, a escala de Rankin e *core set* da CIF para o AVC. Os dados foram de análises quantitativas, os dados colhidos foram tabulados através de programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS 22.00, as variáveis numéricas foram apresentadas sob a forma de média e desvio padrão e considerados significantes valor de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** A amostra foi composta por 56,5% do sexo masculino, com média de idade entre 50-72 anos, sendo 65,2% casados e 39,1% com grau de escolaridade, fundamental incompleto. O tipo de AVC isquêmico prevaleceu em 87% dos indivíduos, 73,9% tiveram acometimento no hemisfério direito, sendo 52,2% predominância crural. Na escala de Rankin pode-se observar deficiência moderada em 52,2% dos indivíduos avaliados. No *core set* da CIF foi possível evidenciar um comprometimento maior nas seguintes categorias relacionadas a cognição: b144 - “Funções da memória” (23,8%), b152 - “Funções emocionais” (38,1%), b172 - “Funções de cálculo” (28,5%) e b176 - “Funções mentais para a sequência de movimentos complexos” (33,3%). Quanto a função motora as categorias que apresentaram algum comprometimento foram: b710 - “funções da mobilidade das articulações” (52,4%), b730 - “funções da força muscular” (57,1%), b735 - “funções do tônus muscular” (61,9%) b740 - “funções de resistência muscular” (66,7%) e b770 - “funções relacionadas a marcha” (52,4%). **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos nesse estudo, observou-se que os pacientes acometidos por AVC, apresentaram predominância do sexo masculino, com idade média de 60 anos; O tipo de AVC isquêmico e hemisfério direito prevalentes e predominância crural. Grau de Incapacidade III, expressando uma deficiência moderada; incapacidades de leve a moderada nas funções neuromusculares, esqueléticas e relacionadas ao movimento. Alguns indivíduos, em uma menor proporção, apresentaram déficits cognitivos que variaram de moderado à grave na escala da CIF; Alto grau de dependência relacionada as funções das tarefas e exigências gerais, como na realização das AVDs;

Palavras-chaves: **AVC crônico; Core set; CIF.**

\*Aluna de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba- Campus I  
jussara\_mirella@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um quadro neurológico agudo, de origem vascular, com rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios locais ou globais da função cerebral com duração maior que 24 horas (MAKIYAMA et al., 2004). O AVC está entre as principais causas de morte e incapacitação física no mundo desenvolvido (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001). A hemiparesia é uma seqüela do dano neurológico causado pelo AVC, que gera grande incapacidade.

A fisioterapia é amplamente usada no processo de reabilitação dos indivíduos acometidos por AVC, tendo como objetivos melhorar a mobilidade funcional, a força muscular, o equilíbrio e qualidade de vida dos pacientes. (BRITO et al., 2013). Várias escalas são usadas na fisioterapia, tanto para avaliar comprometimentos motores e sensoriais bem como a eficácia dos tratamentos realizados.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 2001 e faz parte da “família” das classificações desenvolvida pela OMS (RIBERTO, 2011). Como classificação, a CIF faz uma junção sistemática de diferentes funções fisiológicas de uma pessoa com uma determinada condição de saúde.

“A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos” (OMS, 2004. p. 7). O objetivo da CIF é associar aspectos semelhantes a funcionalidade humana, organizá-los numa estrutura lógica e fazer com que os termos usados nessa classificação equivalham em âmbito internacional.

A CIF refere situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas devidas restrições e permite organizar e estruturar estas informações de forma útil e acessível. As suas informações são organizadas em duas partes, a primeira parte Funcionalidade e Incapacidade, a segunda parte Fatores Contextuais. Cada parte possui dois componentes, Funcionalidade e Incapacidade tem como componentes: Corpo e Atividades e Participação, já os Fatores Contextuais é composto por: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.

Dentro dos componentes descritos, há uma extenuante lista de categorias que são as unidades da classificação, organizadas de forma hierárquica e em códigos alfanuméricos. Devido ao grande número de categorias o uso prático da CIF é um grande desafio, a sua aplicação completa só pode ser realizada através de uma equipe multiprofissional, a classificação deveria ser aplicada em todas as pessoas o que é inviável.

“Para aumentar a aplicabilidade da classificação, ferramentas embasadas na CIF devem ser desenvolvidas para as necessidades dos usuários. Uma solução foi o desenvolvimento dos *cores sets* da CIF”. (RIBERTO, 2011. p. 940). A expressão *core set* refere-se a uma lista ou conjunto de categorias da CIF, tornando-a mais prática possível, com o número de itens necessários para descrever problemas na funcionalidade de pacientes com determinada condição de saúde. “Para o AVC, o *core set* abrange um conjunto de 130 categorias no segundo nível da classificação”. (CAMPOS *apud* GEYH S, 2012).

Dessa forma, o *core set* proposto avalia a capacidade funcional e cognitiva dos indivíduos acometidos por AVC na fase crônica, fornecendo elemento de estudo para novos meios de avaliação e intervenção adequadas.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a aplicabilidade da CIF através de um *core set* sobre a capacidade de função motora e cognitiva em indivíduos acometidos por AVC na fase crônica.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar aspectos sócio-demográficos e clínicos;
- Identificar o estadiamento da doença;
- Elaborar um *core set* da CIF;
- Investigar a aplicabilidade da CIF na função motora e na função cognitiva.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O AVC é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que reflete envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação sanguínea cerebral. A presença de danos nas funções neurológicas origina déficits motores, sensoriais, comportamentais, perceptivos e da linguagem. Os déficits motores são caracterizados por paralisias completas ou parciais no hemicorpo oposto ao local que ocorreu a lesão no cérebro. (CANCELA, p.2, 2008).

É uma das doenças mais incapacitantes e que geram um impacto em diversas funções humanas. Deficiências, limitação de atividades e restrição à participação social foram definidas na CIF como componentes importantes do estado de saúde de um indivíduo e para promoção de políticas de inclusão social. (LUCENA et al., 2011).

Polese et al. (2008), relataram que a associação entre o sexo feminino e as sequelas causadas pelo AVC podem gerar maior grau de incapacidade e predispõe maior mortalidade até 3 meses após a lesão. Segundo Motta, Natálio e Waltrick (2008), a reabilitação após o AVC, deve se iniciar ainda no hospital com o objetivo de estimular precocemente o paciente a usar toda sua capacidade e a adaptar-se a nova situação tentando reassumir novas atividades e diminuir o tempo de internação. Para Morais et al. (2014), é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades para atuar junto aos indivíduos com AVC, proporcionando maiores oportunidades de redução dos danos e incapacidades e melhorando a capacidade de autocuidado visando a uma melhor qualidade de vida.

O diagnóstico dos pacientes tem sido então baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que tem como objetivo registrar e organizar informações sobre a saúde. (CAMPOS et al, p.24, 2012). Araújo e Buchalla (2011), afirmaram que a especialidade da fisioterapia mais interessada foi a Neurofuncional. Acredita-se que esse fato se deu pela proximidade que a especialidade tem com a matriz da informação da CIF: Atividades e Participação além da íntima relação com pacientes com deficiências graves e grandes incapacitados. Possivelmente, esse grupo populacional será o maior beneficiado com a implantação da CIF, mesmo apesar dela estar baseada em con- 8 universais.

Sampaio e Luz (2009), mostraram que a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia classificando componentes de saúde e considerou a incapacidade como o aspecto negativo da interação entre o indivíduo com uma condição de saúde e fatores contextuais.

A CIF transformou-se, de uma classificação de “consequência da doença” (versão de 1980) para uma classificação de “componentes da saúde”. Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto que as “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. (OMS, 2004. p. 8). Segundo Riberto (2011), os estados de saúde são doenças, transtornos, lesões ou traumas e podem referir-se a outras circunstâncias como envelhecimento, estresse, anomalias congênicas ou predisposição genética. Pode também incluir informação sobre a patogênese ou etiologia.

A CIF apresenta um modelo biopsicossocial do processo de funcionalidade e incapacidade humana e um sistema de classificação hierárquico, seguindo um esquema de ramificação, constituído por componentes (funções e estruturas do corpo, atividade e participação e fatores contextuais), domínios e categorias. (FARIA et al, p.339,2012). A mesma corresponde a categorias dentro dos domínios da saúde e aqueles relacionados à saúde. Assim, nota-se que a CIF não classifica pessoas, ela descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde. (OMS, 2004).

As funções e as estruturas do corpo são classificadas em duas secções diferentes. Essas duas classificações estão concebidas de forma a serem utilizadas em paralelo. Por exemplo, as funções do corpo incluem sentidos humanos básicos como as “funções da visão” e as estruturas relacionadas aparecem na forma de “olho e estruturas relacionadas”. Já “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo, por isso as funções mentais (ou psicológicas) são, portanto, incluídas nas funções do corpo (OMS, 2004).

A OMS (2004), definiu o componente “Atividade” como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e “Participação” como o envolvimento numa situação da vida. Os Fatores Contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo e constituem o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Além de um esquema de codificação, a CIF traz um modelo sobre como se entender sobre funcionalidade e incapacidade. O modelo proposto baseia-se na junção de dois modelos dicotômicos: o de interesse da deficiência e o de interesse social. (ARAÚJO, 2014)

Andrade et al. (2011), relataram que os facilitadores para a reabilitação foram definidos como fatores ambientais relevantes para a promoção da funcionalidade e prevenção de incapacidades. Assim como, verificaram escassez da literatura ao considerar o uso da CIF para avaliar os fatores ambientais como facilitadores para a reabilitação em casos de disfunções neurológicas.

Farias e Buchalla (2005), verificaram que a CIF pode ser usada em vários setores que incluem a saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas, políticas públicas. Uma das vantagens apontadas para a adoção do modelo é a possibilidade de uniformização de conceitos e, portanto, da utilização de uma linguagem padrão. A diversidade de recursos dificulta o uso completo da mesma e como proposta de solução tem sido criados instrumentos que resumem a classificação.

Os primeiros *core sets* da CIF foram desenvolvidos através da colaboração da Família de Classificações Internacionais da OMS (OMS-FIC) no Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade Ludwig-Maximilian em Munique e a OMS. A ideia por trás dos *core sets* da CIF é que, ao invés de avaliar 1454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas numa determinada condição de saúde (RIBERTO, p. 940, 2011).

Segundo Geyh et al. (2004), o AVC foi uma das primeiras patologias a receber a atenção dos diferentes grupos de pesquisas que trabalharam para alcançar os objetivos proposto pela OMS para a CIF. Os primeiros estudos desenvolvidos para facilitar o uso da CIF em indivíduos com AVC foi relacionado ao um conjunto elementar de códigos considerados relevantes para essa condição de saúde. O *core set* para o AVC contém 130 categorias pertencentes ao segundo nível da CIF. Essa lista básica é composta por 41 categorias das funções do corpo, 5 categorias a partir das estruturas do corpo, 51 a partir dos componentes de atividade e participação e 33 categorias dos fatores ambientais (GEYH et al, 2004).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa:**

Trata-se de um estudo de caráter aplicado, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e procedimento técnico do tipo levantamento.

A pesquisa aplicada visou gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos a solução de problemas específicos. Quanto aos objetivos o estudo será descritivo visando descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Seguindo dessa forma como procedimento técnico o levantamento (SILVA E MENEZES, 2005).

O estudo é transversal, em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (HOLKMAN et al, 2005). A pesquisa é de abordagem quantitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Recorre a linguagem matemática, para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc (FONSECA, 2002). Entre as vantagens dos levantamentos, temos o conhecimento direto da realidade, economia e rapidez, e obtenção de dados agrupados em tabelas que possibilitam uma riqueza na análise estatística. Os estudos descritivos são os que mais se adequam aos levantamentos (GIL, 2007).

### **4.2 Campo e Período da pesquisa**

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia, localizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campus I, onde foi solicitado um Termo de Autorização Institucional com assinatura do responsável para realização da pesquisa, o estudo transcorreu o período de Maio a Junho de 2016.

### **4.3 População e Amostra**

A população foi composta por indivíduos acometidos por AVC atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia, na qual totalizou 54 pacientes. Desses, 21 indivíduos de ambos os

sexos que participavam do projeto GRUPO DE ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE HEMIPARÉTICO (GAIPH) constituíram a amostra do tipo não probabilística e a seleção dos indivíduos que participaram da pesquisa foi por acessibilidade, pois os indivíduos foram selecionados pela facilidade de acesso a eles.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Considerou-se como critério de inclusão, hemiparéticos acometidos por AVC em fase crônica ( $\geq 6$  meses), de ambos os sexos, atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB e que fazem parte do GAIPH. Aos critérios de exclusão, foram levados em consideração hemiplégicos com incapacidade de realizar a CIF.

#### **4.5 Instrumentos de Coleta de Dados**

Nessa pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: a Ficha de avaliação sócio-demográfica e clínica, contendo informações sobre idade, gênero, profissão, estado civil, nível educacional, número de AVCs, os tipos, data do episódio, dimídio afetado e assistência fisioterapêutica;

A Escala de Rankin modificada, publicada em 1957 por J. Rankin, de início era dividida em 6 graus, sendo posteriormente modificada e adicionada de mais um grau. (CANEDA et al, 2006). É a melhor escala para avaliar o grau de incapacidade e dependências nas atividades de vida diária dos indivíduos acometidos por AVC (BRITO,2010);

O processo de seleção para a construção do *core set* da CIF resultou em 69 categorias, das quais 26 fazem parte do componente “Funções do corpo” e 46 categorias pertencem ao componente “Atividade e Participação”. Nesse processo considerou-se as principais disfunções e incapacidades que descrevem a forma típica de uma determinada condição de saúde ou doença. Segundo Riberto (2011), a idéia por trás dos *core sets* da CIF é que, ao invés de avaliar 1454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas numa determinada condição de saúde ou doença.

Poucos estudos fizeram, até o momento, análises sobre a funcionalidade e incapacidade do AVC através da CIF, o que pode ser atribuído ao grande número de

categorias e pouco uso prático da avaliação. Desse modo, o *core set* é uma forma simplificada da CIF, porém com o compromisso de descrever uma condição de saúde de forma completa. Em destaque, para avaliação das atividades funcionais e da influência dos fatores ambientais elaborou-se e aplicou-se um *core set* da CIF para o AVC.

#### **4.6 Procedimento de Coleta de Dados**

Para a realização da pesquisa, os procedimentos foram distribuídos nas seguintes etapas: Etapa I – teve início com o esclarecimento quanto ao estudo aos participantes e a distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido; Etapa II - os indivíduos portadores de AVC foram submetidos a ficha de avaliação para coleta de dados sócio-demográfico; a escala de Rankin modificado, para avaliação do grau de incapacidade e dependência na AVDs, com escores variando de 0 a 5, sendo o grau 0 - o paciente com nenhuma incapacidade e grau 5 – paciente com incapacidade grave; Etapa III - submeteram-se ao *core set* da CIF para o AVC, para coletar dados sobre as atividades funcionais e a cognição. Esta codificação permite quantificar o acometimento, no caso da avaliação funcional os índices variam de 0 a 4, sendo 0 - o acometimento de 0 a 4% quando não há problema; 1- o acometimento de 5 a 24% quando há problema leve ou pequeno; 2 - de 25 a 49% quando há um problema moderado ou médio; 3 - de 50 a 94% quando há um problema grave e 4 - de 95 a 100% quando há um problema completo ou total.

#### **4.7 Análise de Dados**

Os resultados coletados foram analisados através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Os dados obtidos foram expressos em média, desvio padrão da média e porcentagem, foram considerados significantes valor de  $p \leq 0,05$ .

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O estudo foi de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente,

assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito de pesquisa será preservada com todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, Respeito e Justiça (Brasil, 2012). Após ser submetido ao Comitê de Ética e aprovado pelo CEP/UEPB, os indivíduos acometidos de AVC receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os indivíduos que por algum motivo, encontrarem-se impossibilitados de assinar o Termo de Consentimento, será solicitado ao responsável e os que se recusarem, não participarão do estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador. Será assinado, ainda, o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, onde o mesmo assume cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e do Estado.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Caracterização sociodemografica e clínica de indivíduos acometidos de AVC assistidos na Clínica Escola de Fisioterapia – UEPB.**

De acordo com os dados obtidos após análise sociodemografica (Tabela 1) nesse estudo, observou-se que os indivíduos acometidos de AVC apresentaram predominância do sexo masculino (56,5%), com idade media de 60,13 anos, prevalecendo a faixa etária entre 50-72 anos (82,6%). Similarmente, Gaspar et al. (2015); Polese et al. (2008), verificaram maior incidência de AVC em indivíduos do sexo masculino com idade média maior que 60 anos.

Segundo Paixão (2012), a idade é o maior fator de risco não modificável para desenvolver o AVC. Da mesma forma, ressaltou a necessidade de medidas urgentes de prevenção e controle de riscos, realizadas pela atenção básica em saúde. Quanto ao grau de escolaridade predominou indivíduos com fundamental incompleto (39,1%), casados ou vivendo com parceiros (65,2%).

Quanto ao tipo de AVC, o tipo isquêmico prevaleceu em 87% dos indivíduos, corroborando com estudos de Gaspar (2012); Polese (2008) e Spence (2013), os quais comprovaram incidência maior de AVC isquêmicos, definido como a obstrução de uma artéria impedindo a passagem do oxigênio para as células cerebrais, resultando na condição de isquemia. Relacionado ao dimidio afetado, verificou-se que o dimidio mais afetado foi o direito, com 73,9% dos indivíduos, com predomínio crural (52,2%).

Tabela-1: Caracterização sociodemográfica e clínica de indivíduos acometidos de AVC  
 Fonte: Dados da pesquisa.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>VALORES % (n)</b>
<b><u>Idade</u></b>	
37 - 50 anos	17,4 (4)
50 - 72 anos	82,6 (19)
<b><u>Gênero</u></b>	
Feminino	43,5 (10)
Masculino	56,5 (13)
<b><u>Estado Civil</u></b>	
Solteiro	4,3 (1)
Casado ou vivendo com parceiro	65,2 (15)
Separado ou divorciado	21,7 (5)
Viúvo	8,7 (2)
<b><u>Grau de Escolaridade</u></b>	
Analfabeto	4,3 (1)
Fundamental Incompleto	39,1 (9)
Fundamental Completo	17,4 (4)
Médio Incompleto	4,3 (1)
Médio Completo	26,1 (6)
Superior Incompleto	0
Superior Completo	8,7 (2)
<b><u>Tipo de AVC</u></b>	
Isquêmico	87 (20)
Hemorrágico	13 (3)
<b><u>Dimídio Afetado</u></b>	
Direito	73,9 (17)
Esquerdo	26,1 (6)
<b><u>Predomínio</u></b>	
Crural	52,2 (12)
Braquial	47,8 (11)

## 5.2 Análise do grau de incapacidade na Escala de Rankin em indivíduos acometidos de AVC assistidos na Clínica Escola de Fisioterapia – UEPB.

Prosseguindo com a análise do grau de incapacidade (Tabela 2), evidenciou-se, que dos indivíduos com AVC avaliados, 52,2% apresentaram incapacidade de grau III, o que expressa uma deficiência moderada; 39,1% apresentaram uma leve deficiência e 8,7% uma deficiência moderadamente grave. Da mesma forma, BRITO (2010), verificou que 36% dos pacientes avaliados pela Escala de Rankin foram enquadrados no grau III, o que corrobora com os resultados da pesquisa. Por outro lado, SILVA (2014), afirmou que de 14 indivíduos acometidos por AVC avaliados, 71,4% apresentaram incapacidade leve.

Tabela 2: Perfil do grau de incapacidade na Escala de Rankin Modificada em indivíduos acometidos com AVC.

VARIÁVEIS	VALORES % (n)
Grau 0 - Sem sintomas	-
Grau I - Nenhuma Deficiência	-
Grau II - Leve deficiência	39,1 (9)
Grau III - Deficiência Moderada	52,2 (12)
Grau IV- Deficiência Moderadamente Grave	8,7 (2)
Grau V - Deficiência Grave	-
Grau VI – Óbito	-

## 5.3 Análise da aplicabilidade do *core set* da CIF sobre a função motora e cognitiva em indivíduos acometidos de AVC assistidos na Clínica Escola de Fisioterapia – UEPB.

Dando continuidade a pesquisa, quanto a análise da aplicabilidade do *Core set* da CIF em indivíduos acometidos de AVC, especificamente as “Funções do corpo” verificou-se que das 26 categorias consideradas, 19 delas apresentaram incidência para o escore 0, o qual se refere a nenhum problema na escala CIF.

Seguindo com a aplicabilidade da CIF na função cognitiva (**Tabela 3**), foi possível observar que a maioria dos indivíduos acometidos por AVC em fase crônica não apresentaram problemas cognitivos significantes nos aspectos avaliados, entretanto, evidenciou-se que uma

pequena parcela apresentou problemas de moderado a grave nas seguintes categorias: b144 - “Funções da memória” (23,8%); b152 - “Funções emocionais” (38,1%); b164 - “Funções cognitivas de nível superior” (14,3%); b172 - “Funções de cálculo” (28,5%) e b176 - “Funções mentais para a sequência de movimentos complexos” (33,3%). Esses resultados foram condizentes no estudo realizado por Scalzo et al. (2010), uma vez que, grande número de pacientes acometidos de AVC apresentaram escores baixos no Mini Exame do Estado Mental e que as alterações cognitivas podem ocorrer como sinais de doenças neurológicas e muitas vezes não são relatadas ou valorizadas pelos pacientes.

Tabela 3: Distribuição da Funções do corpo “aspectos cognitivos” na CIF

CATEGORIAS	ESCORES ( %)				
	0-4% 0	5-24% 1	25-49% 2	50-95% 3	96-100% 4
<b>b140 Funções da atenção</b>	76,2	9,5	4,8	9,5	0
<b>b144 Funções da memória</b>	47,6	23,8	23,8	4,8	0
<b>b152 Funções emocionais</b>	38,1	23,8	23,8	14,3	0
<b>b156 Funções da percepção</b>	66,7	19	14,3	0	0
<b>b164 Funções cognitivas de nível superior</b>	81	4,8	14,2	0	0
<b>b167 Funções mentais da linguagem</b>	85,7	14,3	0	0	0
<b>b172 Funções de Cálculo</b>	66,7	4,8	19	9,5	0
<b>b176 Funções mentais para a sequência de movimentos complexos</b>	66,7	14,3	4,8	14,3	0
<b>b180 Funções de experiência pessoal e do tempo</b>	76,2	14,3	4,8	4,8	0
<b>b210 Funções da visão</b>	38,1	47,6	9,5	4,8	0
<b>b260 Função proprioceptiva</b>	76,2	9,5	4,8	9,5	0
<b>b265 Função Tátil</b>	81	4,8	4,8	4,8	4,8
<b>b270 Funções sensoriais relacionadas coma temperatura e outros estímulos</b>	81	4,8	4,8	4,8	4,8
<b>b280 Sensação de dor</b>	81	4,8	4,8	4,8	4,8
<b>b310 Funções da voz</b>	76,2	4,8	14,3	4,8	0
<b>b320 Funções da articulação</b>	71,4	19	0	9,5	0

<b>b330 Funções da fluência e do ritmo da fala</b>	71,4	9,5	4,8	14,3	0
--	------	-----	-----	------	---

Por outro lado, observou-se maior repercussão do AVC nas “Funções neuromusculoesqueléticas” (**Tabela 4**) e relacionadas com o “Movimento”, uma vez que os indivíduos acometidos de AVC apresentaram os respectivos comprometimentos como demonstrado nas seguintes categorias: b710 - “funções da mobilidade das articulações” (52,4%); b715 – “funções da estabilidade das articulações” (47,6%); b730 – “funções da força muscular” (57,1%); b735 – “funções do tônus muscular” (61,9%); b740 – “funções de resistência muscular” (66,7%); b750 – “funções de reflexos motores” (38,1%) e b770 – “funções relacionadas a marcha” (52,4%).

Tabela 4: Distribuição das Funções do corpo “aspectos motores” na CIF

<b>CATEGORIAS</b>	<b>ESCORES ( %)</b>				
	<b>0-4% 0</b>	<b>5-24% 1</b>	<b>25-49% 2</b>	<b>50-95% 3</b>	<b>96-100% 4</b>
<b>Funções neuromusculoesqueléticas e motora</b>					
<b>b710 Funções da mobilidade das articulações</b>	0	42,9	52,4	4,8	0
<b>b715 Funções da estabilidade das articulações</b>	4,8	38,1	47,6	9,5	0
<b>b730 Funções da força muscular</b>	4,8	28,6	57,1	9,5	0
<b>b735 funções do tônus muscular</b>	4,8	23,8	61,9	9,5	0
<b>b740 Funções da resistência muscular</b>	9,5	14,3	66,7	9,5	0
<b>b750 funções de reflexos motores</b>	33,3	38,1	28,6	0	0
<b>b755 Funções de reações motoras involuntárias</b>	71,4	14,3	4,8	9,5	0
<b>b760 Funções de controlo do movimento voluntário</b>	71,4	14,3	4,8	9,5	0
<b>b770 Funções relacionadas com o padrão da marcha</b>	0	28,6	52,4	19	0

De acordo com estudo realizado por Paixão (2010) a maioria dos indivíduos após um AVC tem entre seis e dez tipos de incapacidades, sendo a mais prevalente a fraqueza muscular, presente em 77,4% dos pacientes. Da mesma forma, Oliveira e Silveira (2011) apresentaram várias queixas relatadas pelos pacientes e uma delas é a perda da marcha. Dessa forma, as pesquisas dos autores citados corroboram com o presente estudo.

Relacionado à “Atividade e Participação” da CIF, no que diz respeito aos qualificadores de Desempenho e Capacidade, a atividade é definida como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a Participação é entendida como o envolvimento numa situação da vida (OMS, 2004).

Nesse estudo, o *core set* foi composto por 43 categorias para o domínio de Atividade e Participação, e para cada categoria há dois qualificadores utilizados: Desempenho e Capacidade (**Tabela 5.1 á 5.6**). Através dos qualificadores Desempenho e Capacidade foi possível observar que, assim como no domínio Funções do corpo, grande parte dos indivíduos apresentaram frequência do escore 0, o que é indicativo de nenhum problema na escala.

Tabela 5.1: Análise da Atividade e Participação / Desempenho - “aspectos cognitivos” na CIF.

<b>1º QUALIFICADOR: DESEMPENHO ESCORES ( %)</b>							
<b>Função Cognitiva</b>	<b>0-4% 0</b>	<b>5-24% 1</b>	<b>25-49% 2</b>	<b>50-95% 3</b>	<b>96-100% 4</b>	<b>Não especificado 8</b>	<b>Não aplicável 9</b>
<b>d115 Ouvir</b>	57,1	23,8	9,5	9,5	0	0	0
<b>d155 Adquirir competências</b>	42,9	0	0	0	0	14,3	42,9
<b>d160 Concentrar atenção</b>	61,9	23,8	9,5	4,8	0	0	0
<b>d166 ler</b>	47,6	19,0	23,8	0	0	0	9,5
<b>d170 escrever</b>	38,1	19,0	14,3	19,0	0	0	9,5
<b>d172 Calcular</b>	47,6	19,0	9,5	19,0	0	0	4,8
<b>d175 Resolver Problemas</b>	71,4	4,8	19,0	4,8	0	0	0
<b>d210 Realizar</b>	38,1	52,4	4,8	4,8	0	0	0

<b>uma única tarefa</b>							
<b>d220 Realizar tarefas múltiplas</b>	38,1	38,1	14,3	9,5	0	0	0
<b>d230 Realizar a rotina diária</b>	38,1	33,3	19,0	9,5	0	0	0
<b>d240 Lidar com estresses e outras exigências psicológicas</b>	38,1	23,8	19,0	19,0	0	0	0

Contudo, as categorias relacionadas às “Tarefas e exigências gerais da capacidade funcional” observou-se que o AVC teve maiores repercussões tanto para o qualificador Desempenho como para Capacidade. Entre as categorias, os indivíduos acometidos de AVC que apresentaram incapacidade de leve a moderada, foram as seguintes: d210 – “realizar uma única tarefa” (52,4%); d220 – “realizar tarefas múltiplas” (38,1%); d440 – “Utilização de movimentos finos das mãos” (desempenho: 42,9%) (capacidade: 28,6%); d445 – “utilização da mão e do braço” (desempenho:33,3%) (capacidade:23,8%); d450 – “Andar” (desempenho: 52,4%) (capacidade: 47,6%); d455 – “deslocar-se” (42,9%), d460 – “deslocar-se por diferentes locais” (desempenho: 47,6%) (capacidade: 38,1%); d630 – “preparar refeições” (desempenho: 42,9%) (capacidade:33,3%) e d640 – “realizar as tarefas domésticas” (desempenho: 42,9%) (capacidade: 38,1%).

Tabela 5.2: Análise da Atividade e Participação / Desempenho - “aspectos motores 1” na CIF.

<b>Função Motora: Parte 1</b>	<b>0-4% 0</b>	<b>5-24% 1</b>	<b>25-49% 2</b>	<b>50-95% 3</b>	<b>96-100% 4</b>	<b>Não especificado 8</b>	<b>Não aplicável 9</b>
<b>d410 Mudar a posição básica do corpo</b>	52,4	33,3	9,5	4,8	0	0	0
<b>d415 Manter a posição do corpo</b>	52,4	33,3	9,5	4,8	0	0	0
<b>d420 Auto-transferência</b>	71,4	23,8	4,8	0	0	0	0
<b>d430 Levantar e transportar objetos</b>	47,6	42,9	9,5	0	0	0	0
<b>d440 Utilização dos movimentos finos da mão</b>	19,0	14,3	14,3	42,9	9,5	0	0

<b>d445 Utilização da mão e do braço</b>	28,6	23,8	4,8	33,3	9,5	0	0
<b>d450 Andar</b>	19,0	52,4	14,3	9,5	0	0	0
<b>d455 Deslocar-se</b>	33,3	42,9	14,3	9,5	0	0	0
<b>d460 Deslocar-se por diferentes locais</b>	33,3	47,6	9,5	9,5	0	0	0
<b>d465 Deslocar utilizando algum tipo de equipamento</b>	47,6	38,1	9,5	0	0	0	4,8
<b>d470 Utilização de transporte</b>	81,0	19,0	0	0	0	0	0
<b>d475 Conduzir</b>	14,3	4,8	4,8	0	0	0	76,2
<b>d510 Lavar-se</b>	57,1	33,3	9,5	0	0	0	0
<b>d520 Cuidar de partes do corpo</b>	57,1	33,3	0	0	0	0	9,5

Tabela 5.3: Análise da Atividade e Participação / Desempenho - “aspectos motores 2” na CIF.

<b>Função Motora: Parte 2</b>	<b>0-4% 0</b>	<b>5-24% 1</b>	<b>25-49% 2</b>	<b>50-95% 3</b>	<b>96-100% 4</b>	<b>Não especificado 8</b>	<b>Não aplicável 9</b>
<b>d530 Cuidados relacionados como processos de excreção</b>	61,9	33,3	4,8	0	0	0	0
<b>d540 Vestir-se</b>	61,9	33,3	4,8	0	0	0	0
<b>d550 Comer</b>	61,9	33,3	4,8	0	0	0	0
<b>d570 Cuidar da própria saúde</b>	66,7	28,6	4,8	0	0	0	0
<b>d620 Aquisição de bens e serviços</b>	47,6	0	4,8	0	0	4,8	42,9
<b>d630 Preparar refeições</b>	38,1	42,9	4,8	9,5	0	0	4,8
<b>d640 Realizar tarefas domésticas</b>	23,8	42,9	14,3	4,8	0	0	14,3
<b>d710 Interações interpessoais</b>	85,7	14,3	0	0	0	0	0

<b>d750</b> Relacionamentos sociais informais	19,0	9,5	0	0	0	0	0
<b>d760</b> Relacionamentos familiares	90,5	9,5	0	0	0	0	0
<b>d770</b> Relacionamento íntimos	81,0	4,8	4,8	4,8	0	0	4,8
<b>d845</b> Obter, manter e sair do emprego	61,9	4,8	9,5	4,8	0	9,5	9,5
<b>d850</b> Trabalho remunerado	23,8	4,8	0	0	0	14,3	57,1
<b>d855</b> Trabalho não remunerado	9,5	4,8	0	0	0	19,0	66,7
<b>d860</b> Transações econômicas básicas	81,0	9,5	9,5	0	0	0	0
<b>d870</b> Auto suficiência econômica	81,0	4,8	0	14,3	0	0	0
<b>d910</b> Vida comunitária	95,2	4,8	0	0	0	0	0
<b>d920</b> Recreação e lazer	81,0	9,5	4,8	4,8	0	0	0

Concomitantemente, Oliveira e Silveira (2011) evidenciaram que o paciente pós- AVC sofre alterações estruturais que o restringem as atividades diárias e as participações sociais, ressaltando que o presente estudo difere apenas sobre as participações sociais, nas quais os indivíduos acometidos por AVC, apesar de suas limitações físicas, não apresentaram nenhum problema em relação às interações e relacionamentos pessoais e vida comunitária, social e cívica.

Outro dado relevante no estudo, diz respeito às categorias d440 – “Utilização dos movimentos finos das mãos” e d445 – “Utilização da mão e do braço” nas quais os indivíduos com AVC apresentaram maior índice de problemas moderados e graves nos dois qualificadores. Silva (2014) apresentou resultados similares, no qual houve uma redução significativa da funcionalidade do membro superior contralateral à lesão cerebral quando comparando ao membro homolateral. Além do visível comprometimento do desempenho motor, frequentemente apresentado no membro superior contralateral à lesão cerebral,

verifica-se, ainda, uma diminuição da habilidade manual no membro homolateral, quando comparado com indivíduos saudáveis (GAMA et al., 2010).

Tabela 5.4: Análise da Atividade e Participação / Capacidade - “aspectos cognitivos” na CIF.

CATEGORIAS	2º QUALIFICADOR: CAPACIDADE						
	ESCORES ( %)						
FUNÇÃO COGNITIVA	0-4% 0	5-24% 1	25-49% 2	50-95% 3	96-100% 4	Não especificado 8	Não aplicável 9
d115 Ouvir	52,4	33,3	14,3	0	0	0	0
d155 Adquirir competências	47,6	0	0	0	0	19,0	33,3
d160 Concentrar atenção	71,4	14,3	9,5	4,8	0	0	0
d166 ler	57,1	28,6	0	4,8	0	0	9,5
d170 escrever	42,9	23,8	14,3	9,5	0	0	9,5
d172 Calcular	47,6	28,6	9,5	9,5	0	0	9,5
d175 Resolver Problemas	66,7	14,3	19,0	0	0	0	0
d210 Realizar uma única tarefa	66,7	19,0	14,3	0	0	0	0
d220 Realizar tarefas múltiplas	61,9	28,6	4,8	4,8	0	0	0
d230 Realizar a rotina diária	57,1	38,1	0	4,8	0	0	0
d240 Lidar com estresses e outras exigências psicológicas	42,9	33,3	23,8	0	0	0	0

Tabela 5.5: Análise da Atividade e Participação / Capacidade - “aspectos motores 1” na CIF.

FUNÇÃO MOTORA: PARTE 1	0-4% 0	5-24% 1	25-49% 2	50-95% 3	96-100% 4	Não especificado 8	Não aplicável 9
d410 Mudar a posição básica do corpo	61,9	33,3	4,8	0	0	0	0

<b>d415 Manter a posição do corpo</b>	71,4	23,8	4,8	0	0	0	0
<b>d420 Auto-transferência</b>	81,0	14,3	4,8	0	0	0	0
<b>d430 Levantar e transportar objetos</b>	66,7	33,3	0	0	0	0	0
<b>d440 Utilização dos movimentos finos da mão</b>	23,8	23,8	28,6	14,3	9,5	0	0
<b>d445 Utilização da mão e do braço</b>	33,3	19,0	23,8	23,8	0	0	0
<b>d450 Andar</b>	23,8	47,6	23,8	4,8	0	0	0
<b>d455 Deslocar-se</b>	52,4	28,6	14,3	4,8	0	0	0
<b>d460 Deslocar-se por diferentes locais</b>	42,9	38,1	14,3	4,8	0	0	0
<b>d465 Deslocar utilizando algum tipo de equipamento</b>	52,4	19,0	4,8	9,5	0	0	14,3
<b>d470 Utilização de transporte</b>	76,2	14,3	0	0	0	4,8	4,8
<b>d475 Conduzir</b>	14,3	4,8	4,8	0	0	4,8	71,4
<b>d510 Lavar-se</b>	76,2	19,0	4,8	0	0	0	0
<b>d520 Cuidar de partes do corpo</b>	76,2	19,0	4,8	0	0	0	0

Tabela 5.6: Análise da Atividade e Participação / Capacidade - “aspectos motores 2” na CIF.

<b>FUNÇÃO MOTORA: PARTE 2</b>	<b>0-4% 0</b>	<b>5-24% 1</b>	<b>25-49% 2</b>	<b>50-95% 3</b>	<b>96-100% 4</b>	<b>Não especificado 8</b>	<b>Não aplicável 9</b>
<b>d530 Cuidados relacionados como processos de excreção</b>	81,0	14,3	4,8	0	0	0	0
<b>d540 Vestir-se</b>	76,2	23,8	0	0	0	0	0
<b>d550 Comer</b>	85,7	14,3	0	0	0	0	0
<b>d570 Cuidar da própria saúde</b>	85,7	9,5	4,8	0	0	0	0
<b>d620 Aquisição de bens e serviços</b>	47,6	4,8	0	0	0	9,5	38,1

<b>d630 Preparar refeições</b>	52,4	33,3	4,8	4,8	0	0	4,8
<b>d640 Realizar tarefas domésticas</b>	38,1	38,1	9,5	0	0	0	14,3
<b>d710 Interações interpessoais</b>	95,2	4,8	0	0	0	0	0
<b>d750 Relacionamentos sociais informais</b>	90,5	9,5	0	0	0	0	0
<b>d760 Relacionamentos familiares</b>	100	0	0	0	0	0	0
<b>d770 Relacionamento íntimos</b>	81,0	9,5	4,8	0	0	0	4,8
<b>d845 Obter, manter e sair do emprego</b>	61,9	9,5	9,5	0	0	0	19,0
<b>d850 Trabalho remunerado</b>	28,6	0	0	0	0	0	71,4
<b>d855 Trabalho não remunerado</b>	14,3	0	0	0	0	4,8	14,3
<b>d860 Transações econômicas básicas</b>	71,4	9,5	9,5	0	0	0	9,5
<b>d870 Auto suficiência econômica</b>	81,0	4,8	14,3	0	0	0	0
<b>d910 Vida comunitária</b>	100	0	0	0	0	0	0
<b>d920 Recreação e lazer</b>	85,7	4,8	4,8	4,8	0	0	0

## 6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, observou-se que os indivíduos acometidos de AVC na fase crônica apresentaram:

- Predomínio do sexo masculino, casados, com idade média de 60 anos e ensino fundamental incompleto;
- Tipo de AVC isquêmico com prevalência no hemisfério direito e domínio crural.
- Grau de Incapacidade III, expressando deficiência moderada;
- Incapacidades de leve a moderada nas funções neuromusculares, esqueléticas e relacionadas ao movimento;
- Déficits cognitivos de moderado à grave;
- Alto grau de dependência relacionada às funções de tarefas e exigências gerais, como na realização das AVDs;
- Diminuição dos movimentos finos da mão e funcionalidade do braço contralateral a lesão cerebral.

Diante do que foi posto nesse estudo, o *core set* da CIF foi favorável para avaliar a capacidade funcional e cognitiva em indivíduos com AVC na fase crônica, tendo em vista o que a literatura nos mostra sobre as incapacidades e dependências causadas por essa patologia.

Sendo assim, seria importante a utilização do *core set* da CIF em novos estudos, com uma amostra populacional mais abrangente a fim de enriquecer a literatura e tornar o instrumento utilizado uma avaliação mais viável, capaz de nortear e promover melhoras nas estratégias de tratamento para o AVC, bem como aprofundamento do conteúdo científico do assunto aqui discutido.

## PROPOSED CORE SET FOR EVALUATION OF FUNCTIONAL AND COGNITIVE ABILITY IN INDIVIDUALS AFFECTED WITH STROKE IN CHRONIC PHASE

### ABSTRACT

Jussara M. Victor Pereira\*

**Introduction:** Cerebrovascular Accident (CVA) is an acute neurological condition, is among the leading causes of death and physical disability in the developed world, with rapid development of clinical signs. **Objective:** To prepare and investigate the applicability of the ICF through a core set on the ability of motor and cognitive functions in individuals affected by stroke in the chronic phase. **Methodology:** This is a transversal study, where the population consisted of 21 patients affected by stroke treated at the Clinical School of Physiotherapy of both sexes participating in the GAIPH project. In this study, the following instruments were used: sociodemographic evaluation chart, the Rankin scale and core set of ICF for stroke. The data were quantitative analysis, the data collected were tabulated through the Statistical Package of the Statistical Programs for Social Sciences, SPSS 22.0; numerical variables were presented as mean and standard deviation and considered significant p value < 0.05. **Results:** The sample consisted of 56.5% male, mean age between 50-72 years, 65.2% were married and 39.1% with schooling, incomplete primary. The type of ischemic stroke was severe in 87% of subjects, 73.9% had involvement in his right limbs, 52.2% upper limb prevalence. In Rankin scale can be observed moderate deficiency in 52.2% of the individuals. For the core set of ICF, it was possible to demonstrate greater disability in the following categories related to cognition: b144 - "Memory Functions" (23.8%), b152 - "emotional functions" (38.1%), B172 - "Functions calculation "(28.5%) and B176 - " mental functions to the sequence of complex movements "(33.3%). The motor function categories that showed some disability were: b710 - "joint mobility functions" (52.4%), b730 - "functions of muscle strength" (57.1%), b735 - "functions of muscle tone "(61.9%) B740 -" muscular endurance functions "(66.7%) and B770 -" functions related to march "(52.4%). **Conclusion:** Based on results of this study, it was observed that patients affected by stroke showed a predominance of males, mean age 60 years; The type of ischemic stroke and right hemibody affected were prevalent, besides upper limb predominance. Disability Grade III, expressing a moderate disability according to Ranking Scale; mild to moderate impairment in neuromuscular functions, skeletal and related to the movement. Some individuals, to a lesser extent, had cognitive deficits ranging from moderate to severe in the CIF scale; High degree of dependence related functions of general tasks and requirements, and the implementation of the ADL;

**Keywords:** chronic stroke; Core set; ICF.

\*Undergraduate Student in Physical Therapy, Paraíba State University - Campus I  
Email: jussara\_mirella@hotmail.com

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P. M.O; FERREIRA, F. O; VASCONCELOS, A.G; LIMA, E. P; HAASE, V. G. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo. V. 29, 2011.
- ARAÚJO, E. S. USO DA CIF NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARUERI/SP. **Revista Científica CIF Brasil**. São Paulo; 1(1):10-17, 2014.
- BRITO, R. G.; LINS, L. G. R. F.; ALMEIDA, C. D. A.; NETO, E. S. R.; ARAÚJO, D. P.; FRANCO, C. I. F. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos para o Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**. Campina Grande. V.21 p.593-599, 2013.
- BRITO, R.G. **Repercussões do Acidente Vascular Encefálico sobre a funcionalidade de pacientes acometidos na cidade de Campina Grande-PB**. Biblioteca Central UEPB. Campina Grande-PB, 2010.
- CANEDA, M. A. G.; FERNADES, J.G.; ALMEIDA, A. G.; MUGNOL, F. E.; Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Arquivo Neuropsiquiátrico**. Porto Alegre-RS, 2006.
- CANCELA, D. M. G. O acidente vascular cerebral- Classificação, Principais consequências e Reabilitação. **O portal dos Psicólogos**. Portugal. p. 1-18, 2008.
- FARIA, C. D. C. M.; SILVA, S. M, CORRÊA, J. C. F., LAURENTINO, G. E. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(4):338-44.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiológica**. São Paulo. V.8. p. 187-93, 2005.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.
- GAMA, G. L.; NOVAES, M. M.; FRANCO, C. I. F.; ARAÚJO, D. P.; GALDINO, G. S. Habilidade manual do paciente hemiplégico comparado ao idoso. **Revista Neurociência**. Campina Grande-PB. V.18. p. 443-447, 2010.
- GASPAR, M. R. F.; PINTO, G. S. A.; GOMES, R. H. S.; SANTOS, R. S.; LEONOR, V. D. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. **Revista CEFAC**. Curitiba-PR. V.17. p. 1939-1945. 2015
- GEYH, S; CIEZA, A.; SCHOUTEN, J.; DICKSON, H.; FROMMELT, P.; OMAR, Z.; KOSTANJSEC, N.; RING, H.; STUCKI, G. ICF Core sets for stroke. **J Rehabil Med**. Germany. Suppl 44, 2004
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007
- HOLKMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira** - Vol 20 (Supl. 2) 2005
- JOHAN, A.; BOSCO, S. M. D. Acidente Vascular Cerebral em Idoso: Estudo de caso. **Caderno pedagógico**. Lajeado, v. 12, n. 1, p. 78-86, 2015. ISSN 1983-0882

LUCENA, E. M. F; MORAIS, J. D; BATISTA, H. R. L; MENDES, L. M; SILVA, K. S. Q. R; NEVES, R. F; BRITO, G. E. G. A Funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. **Acta Fisiátrica**. João Pessoa-PB. 2011

MAKIYAMA, T. Y.; BATTISTTELLA, L. R.; LITVOC, J.; MARTINS, L.C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Revista Acta Fisiátrica**. São Paulo. V.11(3). P. 106-109, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física**. Brasília- DF. 1ª edição. P. 14, 2008

MOTTA, E; NATALIO, M.A; WALTRICK, P.T. Intervenção Fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**. Florianópolis-SC. V. 16. p. 118-123, 2008.

OLIVEIRA, A. I. C.; SILVEIRA, K. R. M. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociência**. Bragança-SP. V.19 (4). p. 653-662.

OLIVEIRA, R. M.C.; ANDRADE, L. A. F. Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo. V.8 (3) p. 280-90, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Direção-Geral da Saúde. Lisboa 2004.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: Uma revisão integrativa. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 181-190, jan./mar.2010

PAIXÃO, M. L. **Perfil da funcionalidade em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico na cidade de Campina Grande-PB**. Biblioteca Central UEPB. Campina Grande-PB, 2012

POLESE, J.C; TONIAL, A.; JUNG, F.K; MAZUCO, R.; OLIVEIRA, S.G; SHUSTER, R.C. Avaliação da Funcionalidade de Indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**. Passo Fundo-RS. V. 16 (3). p. 175-178, 2008.

RIBERTO, M. Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set out; 64 (5): 938-46, 2011.

SAMPAIO, R. F; LUZ, M, T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009

SCALZO, P. L; SOUZA, E. S; MOREIRA, A. G. O; VIEIRA, D. A. F. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de Fisioterapia PUC Minas Betim. **Revista Neurociências**. Betim-MG. v. 18. p. 139-144, 2010

SILVA, E. L; MENEZES, E. M. **A pesquisa e suas classificações. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. 4ª edição. p. 19, 2005.

SILVA, K. S. **Análise comparativa da funcionalidade dos membros superiores de hemiparéticos crônicos**. Biblioteca Central UEPB. Campina Grande-PB, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO STEPS Stroke Manual**: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization, 2006

ÜSTIIN B.; CHATTERJI S.; KONSTANISEK N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special supplement on ICF core sets. **J. Rehabil. Med.** 2004(Suppl 44):7-8.