

Vol 5 Issue 11 August 2016

ISSN No : 2249-894X

---

*Monthly Multidisciplinary  
Research Journal*

*Review Of  
Research Journal*

Chief Editors

---

**Ashok Yakkaldevi**  
A R Burla College, India

**Ecaterina Patrascu**  
Spiru Haret University, Bucharest

**Kamani Perera**  
Regional Centre For Strategic Studies,  
Sri Lanka

Review Of Research Journal is a multidisciplinary research journal, published monthly in English, Hindi & Marathi Language. All research papers submitted to the journal will be double - blind peer reviewed referred by members of the editorial Board readers will include investigator in universities, research institutes government and industry with research interest in the general subjects.

### Regional Editor

Manichander Thammishetty  
Ph.d Research Scholar, Faculty of Education IASE, Osmania University, Hyderabad.

### Advisory Board

Kamani Perera Regional Centre For Strategic Studies, Sri Lanka	Delia Serbescu Spiru Haret University, Bucharest, Romania	Mabel Miao Center for China and Globalization, China
Ecaterina Patrascu Spiru Haret University, Bucharest	Xiaohua Yang University of San Francisco, San Francisco	Ruth Wolf University Walla, Israel
Fabricio Moraes de Almeida Federal University of Rondonia, Brazil	Karina Xavier Massachusetts Institute of Technology (MIT), USA	Jie Hao University of Sydney, Australia
Anna Maria Constantinovici AL. I. Cuza University, Romania	May Hongmei Gao Kennesaw State University, USA	Pei-Shan Kao Andrea University of Essex, United Kingdom
Romona Mihaila Spiru Haret University, Romania	Marc Fetscherin Rollins College, USA	Loredana Bosca Spiru Haret University, Romania
	Liu Chen Beijing Foreign Studies University, China	Ilie Pinteau Spiru Haret University, Romania
Mahdi Moharrampour Islamic Azad University buinzahra Branch, Qazvin, Iran	Nimita Khanna Director, Isara Institute of Management, New Delhi	Govind P. Shinde Bharati Vidyapeeth School of Distance Education Center, Navi Mumbai
Titus Pop PhD, Partium Christian University, Oradea, Romania	Salve R. N. Department of Sociology, Shivaji University, Kolhapur	Sonal Singh Vikram University, Ujjain
J. K. VIJAYAKUMAR King Abdullah University of Science & Technology, Saudi Arabia.	P. Malyadri Government Degree College, Tandur, A.P.	Jayashree Patil-Dake MBA Department of Badruka College Commerce and Arts Post Graduate Centre (BCCAPGC), Kachiguda, Hyderabad
George - Calin SERITAN Postdoctoral Researcher Faculty of Philosophy and Socio-Political Sciences Al. I. Cuza University, Iasi	S. D. Sindkhedkar PSGVP Mandal's Arts, Science and Commerce College, Shahada [ M.S. ]	Maj. Dr. S. Bakhtiar Choudhary Director, Hyderabad AP India.
REZA KAFIPOUR Shiraz University of Medical Sciences Shiraz, Iran	Anurag Misra DBS College, Kanpur	AR. SARAVANAKUMAR LAGAPPA UNIVERSITY, KARAIKUDI, TN
Rajendra Shendge Director, B.C.U.D. Solapur University, Solapur	C. D. Balaji Panimalar Engineering College, Chennai	V. MAHALAKSHMI Dean, Panimalar Engineering College
	Bhavana vivek patole PhD, Elphinstone college mumbai-32	S. KANNAN Ph.D , Annamalai University
	Awadhesh Kumar Shirotriya Secretary, Play India Play (Trust), Meerut (U.P.)	Kanwar Dinesh Singh Dept. English, Government Postgraduate College , solan

More.....



## THE FUNCTIONAL INDEPENDENCE ABOUT PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES THAT ARE PRACTICING PHYSICAL ACTIVITY

Amorim, M.L.C. , Oliveira, L. S. C. , Corrêa, L. S. , Lopes, K. A. T. , Mota, P. and Amorim, I. F. C.

Professors and Researchers at Federal University of Amazonas – UFAM (Brazil)

Physical Education and Physiotherapy College – Manaus City– State of Amazonas (Brazil)

### ABSTRACT

**T**he aim of this paper was to analyze the independence of adults with physical disability (encephalic vascular accident – ECA and encephalic cranium injury – ECI) practitioners of motor activities, which is considered nowadays one of the biggest death reasons in young adults, leading in most of the cases, to disability and dependence to the accomplishment of their daily life activities. The subjects were 39 volunteers from both genders, with an average age of 48.5 (21-76 years) practitioners of motors activities. As an evaluation instrument was used the Functional Independence Measurement Scale, that has a seven points to evaluate eighteen items in self care, sphincters control, mobility, locomotion, communication and social cognition. The data were putted and statistically processed on Microsoft Excel and reveal that 51,28% of the subjects showed modified dependence and need assistance in 25% of the evaluated tasks, and 46,15% of the subjects showed modified/complete independence. On this way, it's correct to say that the subjects of this research have a dependence level or light assistance in their daily life activities.

**Keyword:** Physical Activity, Physical Disabilities, Functional

### A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA PRATICANTE DE ATIVIDADE FÍSICA

### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a



independência funcional de adultos com deficiência física (Acidente Vascular Encefálico - AVE) e (Traumatismo Crânio Encefálico - TCE) praticante de atividades motoras, que é considerado hoje uma das maiores causas de morte em adultos jovens, provocando na maioria dos casos deficiência e dependência para a realização de suas atividades de vida diária. A amostra foi constituída por 39 voluntários de ambos os gêneros, com idade média de 48,5 (21-76 anos), praticantes de atividades motoras. Como instrumento de avaliação foi utilizada a Escala de Medida de Independência Funcional, que emprega uma escala de 7 pontos para avaliar 18 itens em áreas de cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Os dados foram tabulados e

tratados estatisticamente através do Microsoft Excel e revelaram que 51,28% dos indivíduos da pesquisa apresentaram dependência modificada e necessitam de assistência em até 25% nas tarefas avaliadas, e 46,15% dos indivíduos apresentam independência completa/modificada. Desta forma, é possível inferir que os indivíduos da pesquisa possuem um nível de dependência ou assistência leve, na realização das atividades da vida diária.

**Palavras Chaves:** Deficiência, Independência, Atividade Física

## INTRODUÇÃO

Os dados da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) 1 em 2011, publicados no relatório Mundial sobre a Deficiência, indicam que 15% da população mundial, ou cerca de 1 bilhão de pessoas vivem com deficiência e que este segmento ainda é minoria do mundo. Entretanto, este número tende seguir numa crescente com aumento da expectativa de vida oriundo do desenvolvimento econômico e dos avanços da medicina, além do crescimento populacional.

Conforme Censo 2 de 2010, a deficiência foi classificada pelo grau de severidade (alguma dificuldade, grande dificuldade, não consegue de modo algum) tendo como base a percepção das pessoas entrevistadas sobre as suas funcionalidades, de posse dessas informações 23,9% da população alegou ter/possuir algum tipo de deficiência, destes 8,3% apresentam algum tipo de deficiência severa, esta que para a saúde pública é considerada como foco de atenção primária visto que, sem o devido tratamento poderá agravar o quadro clínico e com isso gerar maior gasto para o sistema de saúde público.

Na capital amazonense, de acordo com o censo de 2010 a população correspondia a 1.802.014 pessoas, destas 601.507 (33,38%) alegaram ter/possuir alguma deficiência, sendo maior a prevalência de pessoas com deficiência visual – DV (64,27%), seguido de deficiência motora – DM (17,95%), deficiência auditiva – DA (14,53%) e deficiência intelectual/doença mental DidM – (3,24%). Vale ressaltar que o sujeito a partir da sua percepção de funcionalidade se considerava ou não pessoa com deficiência, deste total incluindo as pessoas com DV, DM e DA 77,17% alegaram possuir alguma dificuldade, este percentual influencia no grande número de pessoas que se consideram deficientes 2.

A cidade de Manaus teve o segundo maior crescimento no número de habitantes, perdendo apenas para Brasília, de acordo com o IBGE, o que contribui diretamente para a situação do saneamento básico na cidade de Manaus, que é tido como precário, pois este crescimento repentino acarreta no grande número de áreas de invasão, onde moradias sem regulamentação se espalham sem nenhum tipo de controle ou planejamento, deixando para o poder público um problema que se estende por décadas, que geralmente vem sendo tratado por meio de ações paliativas que não resolvem a fonte do problema, problemas relacionados ao esgoto e água de Manaus tem impacto direto na taxa de mortalidade na cidade de Manaus, chegando a 30 mortes para cada 1000 crianças nascidas 3.

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência 4, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002, que define como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências 5.

Além disso, o ministério da saúde diz que toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 6, que vão desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família, até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito ainda à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à

visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS6. O município possui 500 estabelecimentos de saúde dentre públicos e privados, destes 363 são vinculados ao Sistema Único de Saúde6 sendo fundamentais estas informações, uma vez que, as pessoas com deficiência necessitam de acesso aos serviços de saúde.

No aspecto da educação, o município conta com 1303 escolas divididas entre creches, ensino infantil, ensino fundamental e médio, da rede pública ou privada, em regime parcial ou integral. Conforme Censo Escolar de 2015 fornecido pelo INEP 7 a população escolar manauara de pessoas sem deficiência matriculadas nas redes pública ou privada de ensino que englobam desde a educação básica e a modalidade de Educação de Jovens e Adultos corresponde a 438.628 pessoas. Quando se trata de pessoas com deficiência, além das modalidades de ensino acima mencionadas, leva em consideração a matrícula em escolas de educação especial, classes especiais e incluídos na rede regular de ensino correspondem a 4.553 pessoas.

No que corresponde à prática da atividade física, a mesma pode promover inúmeros benefícios, entre eles a possibilidade de melhorias psicológicas (melhora da autoestima e do autoconceito, autovalorização, proporciona independência, sentimento de superação através do esporte) e sociais (estimula a integração e a socialização, beneficia as relações interpessoais) 8. Com esta prática, as pessoas com deficiência sentem-se com liberdade para controlarem suas vidas, além de desenvolverem uma conscientização de suas forças e também de formas de superar suas fraquezas 9. Neste sentido, a atividade física apresenta influência direta no desenvolvimento biopsicossocial, possibilitando a melhora da saúde e qualidade de vida dos praticantes 10.

### **Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Crânio Encefálico**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), assim como o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) estão entre as doenças neurológicas que mais causam incapacidade física e disfunção cognitiva em vários países, dentre eles o Brasil 11.

O AVE pode ser compreendido pelo rápido acontecimento de sinais clínicos decorrentes de distúrbios focais ou globais da função cerebral, resultando em sintomas com duração superior a 24 horas e que podem produzir a morte sem mais causa aparente que não seja a sua origem vascular 12. O mesmo é uma doença que possui várias causas, que apresenta manifestações diferentes em cada caso, que pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico. Os resultados neurológicos decorrentes do AVE são determinados pela área cerebral afetada, pelas causas do AVE, extensão da lesão e as funções das áreas lesadas 13.

O AVE isquêmico é o mais comum e ocorre quando um depósito de coágulo de sangue ou plaqueta (proteína, colesterol, por exemplo) bloqueia uma artéria que abastece sangue para o cérebro. Pode ser subdividido em isquemia cerebral trombótica, isquemia cerebral embólica e isquemia cerebral por hipoperfusão. Já um AVE hemorrágico ocorre quando uma artéria no cérebro rompe, fazendo com que o sangue derrame nos tecidos adjacentes. Existem dois tipos: hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóidea. A mortalidade está mais associada à AVE hemorrágicos do que isquêmicos, sendo que a maioria das mortes ocorre 48 horas após o AVE 14.

As síndromes que produzem alterações cognitivas pós-AVE são o resultado de eventos isquêmicos ou hemorrágicos que podem ocorrer em uma das artérias cerebrais: artéria cerebral média, artéria cerebral anterior e artéria cerebral posterior, bem como, infartos isquêmicos que podem ocorrer nas junções entre duas distribuições arteriais 15.

Posteriormente a ocorrência do AVE, frequentemente o indivíduo apresenta um sinal clássico a hemiplegia ou a hemiparesia, que caracteriza-se pela paralisia parcial ou total de um hemicorpo.

Apresentando rebaixamento do nível de consciência, demência, cefaléias, disfunção proprioceptiva, decorrente de distúrbios do campo visual, dificuldade em deambular, tonteira ou desequilíbrio, disfunção sensorial, distúrbios da fala e da linguagem, disfagia, disfunção intestinal, vesical, entre outros 16.

### Portanto:

A recuperação da hemiplegia ocorre em uma sequência estereotipada de episódios, que se inicia com breve período de flacidez, durante os primeiros estágios do AVE, que posteriormente poderá ser substituída pelo desenvolvimento da espasticidade, hiper-reflexia e padrões de movimentos em massa, conhecidos como sinergismos. Tanto os efeitos da espasticidade como da flacidez levam a incapacidade do indivíduo em estabilizar adequadamente as articulações proximais e o tronco, tendo como resultado o desalinhamento postural 17.

Contudo, a assimetria corporal e o desequilíbrio postural, poderão interferir na capacidade do indivíduo com sequela de AVE na execução das atividades diárias, tais como: vestir-se, alimentar-se, mudar de posição, andar, alcançar objetos, tomar banho, toalete e mobilidade dentro de casa; tarefas de rotina, necessárias para sobreviver. O quanto antes iniciar o processo de reabilitação, melhor será o prognóstico, menor a dependência e os custos com os cuidadores 17 .

Sendo que Lewis e Rowland<sup>16</sup>, reafirmam o que foi dito acima, pois consideram que o AVE é uma doença geradora de algumas dificuldades, com perdas de independência e, muitas vezes, da autonomia.

O indivíduo que perde total ou parcialmente a autonomia exigirá frequentemente a presença de alguém para auxiliá-lo no desempenho de atividades diárias, resultando muitas vezes, em tais indivíduos, emoções e/ou sentimentos negativos por dependerem de outras pessoas para a execução das atividades, que antes, eram realizadas com êxito e sem auxílio. Causando a dependência da pessoa aos cuidados da família ou de um profissional contratado.

Logo, o AVE, é hoje uma das causas mais comuns de disfunções neurológicas que ocorre na população adulta, que se situa entre as quatro maiores causas de morte em muitos países. Porém, é considerada mais incapacitante que fatal, uma vez que o AVE é a principal causa de deficiência neurológica grave e acarreta custos enormes 16.

Uma outra causa considerada como o fantasmas da moderna sociedade industrializada, são os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), que constituem hoje uma das maiores causas de morte, especialmente em adultos jovens, provocando na maioria dos casos deficiência e conseqüentemente dependência para a realização de suas atividades de vida diária. Sendo em sua grande maioria em decorrência de acidentes automobilísticos, uso de arma de fogo ou quedas. As lesões cerebrais ocorrem em todas as idades, mas o pico máximo é em adultos jovens entre 15 a 35 anos. Os homens são atingidos em frequência três ou quatro vezes mais que as mulheres<sup>11,16,17</sup>.

As vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar deficiências e incapacidades que são temporárias ou permanentes, interferindo na capacidade do indivíduo de desempenhar diversas funções.

O TCE pode ser dividido em fechado ou aberto. Na maioria dos pacientes o crânio não é afundado, e tais danos normalmente são focais, sobrepostos em difusão da substância branca e dano no tronco cerebral. Entretanto, déficits cognitivos podem estar associados também ao TCE fechado, mesmo naqueles mais leves, sendo que, alguns destes pacientes têm disfunções neuropsicológicas permanentes. Os casos de, moderados a severos, estão associados a uma pior recuperação e requerem uma reabilitação mais extensiva para maximizar o funcionamento pré-mórbido 18. Ainda pode levar a

comprometimentos cognitivos tendo alterações nos níveis de consciência, podendo ocorrer algumas lesões focais. Os déficits de orientação e memória são comprometimentos cognitivos comuns, o indivíduo fica desorientado em relação às pessoas, tempo e lugar. O comprometimento neuromuscular leva a uma alteração no tônus muscular, isso pode variar de uma espasticidade afetando gravemente todo o corpo e iniciando fortemente os movimentos funcionais normais, até um tônus menor que não afetará a função de um grupo muscular individual, assim, não comprometendo a função 12.

As sequelas resultantes do TCE podem ser divididas em três categorias: físicas, cognitivas e comportamentais/emocionais. As sequelas físicas são diversificadas, podendo ser visuais, motoras, entre outras; já as cognitivas, frequentemente, incluem diminuição da memória, dificuldades de aprendizagem, entre outras; e as comportamentais/emocionais são a perda de autoconfiança, comportamento infantil, motivação diminuída, e mais comumente, irritabilidade e agressão 18,19.

As alterações neuropsicológicas pós-traumáticas constituem um dos principais fatores que determinam o futuro dessas pessoas, pois condicionam, de forma notável, tanto o grau de independência funcional alcançado e retorno ao trabalho, como também o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias 20.

Quando uma doença acomete o cérebro, como um AVE ou TCE, por exemplo, partes deste órgão deixam de funcionar adequadamente, e isto é percebido por deficiências motoras, sensitivas, alterações de comportamento, de linguagem, entre outras 21.

De acordo com Calvette 10, as funções cognitivas comumente afetadas no AVE são: memória, atenção, linguagem e orientação, enquanto que pacientes com TCE têm usualmente déficits em funções executivas, assim como atenção, memória, velocidade de processamento, dentre outras.

Portanto, os indivíduos com sequelas de AVE/TCE seguem, normalmente, uma rotina de intervenção e tratamento de acordo com o tipo e causa do AVE ou traumatismo. Esta rotina varia desde a intervenção cirúrgica ao tratamento clínico, passando, posteriormente, para o tratamento fisioterápico e atividades motoras. Tais intervenções, na medida do possível, consistem em restabelecer funções e/ou atenuar as sequelas deixadas. Porém, o quadro tende, com o tempo, a se estabilizar e o paciente apresenta, na maioria das vezes, uma hemiparesia ou uma hemiplegia, dependendo não somente da área cerebral afetada, como também da extensão deste acometimento 22.

## INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A Independência Funcional é caracterizada como a capacidade que um indivíduo possui de desempenhar suas atividades de vida diária. A autonomia gerada pela independência funcional pode ser diminuída ou perdida devido à lesão medular 23. A condição ideal de saúde está intimamente relacionada à independência funcional e à incapacidade, considerando as funções estruturais do corpo, as limitações no desempenho de atividades e restrições na participação social 24.

A independência funcional e a qualidade de vida são conceitos que podem ser relacionados. Quando a capacidade funcional é avaliada, temos dados sobre a potencialidade do indivíduo em realizar tarefas ou atividades diárias e, observamos a qualidade de vida ao analisar os fatores de interação entre bem-estar, ambiente e realizações 25.

Mutti 26 considera que em casos de lesão medular, há modificações no âmbito físico, social e psicológico, então, o processo de reabilitação abrange não somente a busca pela locomoção, mas sim um reaprendizado funcional, levando em consideração a nova condição de vida. Ninomyia et al. 27, diz que a inclusão de pessoas que sofreram lesão medular em um programa de reabilitação promove a possibilidade de regressão do déficit neurológico, a diminuição no grau de dependência, a melhora da

sociabilidade e a diminuição de morbidades clínicas.

De acordo com Riberto 28, a Medida de Independência Funcional (MIF) é uma avaliação desenvolvida para quantificar os cuidados exigidos pelo paciente portador de algum tipo de incapacidade. A MIF prioriza a realização efetiva de tarefas pelo indivíduo, de forma independente 29,30,. As 18 tarefas que compõem a MIF agrupam-se em 6 subescalas: autocuidados; controle de esfíncter; transferências/mobilidade; locomoção; comunicação e cognição social 31. Para Navarro 32 a pontuação em cada item que compõe a MIF varia de 1 (dependência completa) a 7 (independência total) e o escore final pode variar entre 18 e 126 pontos. A pontuação em questão foi dividida em três níveis: dependência completa (18 a 45), dependência moderada (46 a 99) e independência completa (100 a 126).

Assim, realizar um estudo que identifique o grau de independência funcional de indivíduos acometidos pelo AVE e TCE poderá contribuir nos seguintes aspectos: (a) Poderá oferecer informações relevantes acerca da condição de independência funcional dessas pessoas, bem como os fatores que contribuem ou dificultam para tal condição; (b) Permitirá o fomento de estratégias de intervenção durante o processo de reabilitação visando à manutenção ou melhoria da qualidade de vida e a inserção social; (c) Contribuirá para o meio científico com novos dados sobre a independência funcional na reabilitação, contribuindo também com futuros estudos que venham abordar esse tema. Assim, o objetivo desta pesquisa é avaliar a independência funcional de pessoas com seqüela de AVE e TCE praticantes de atividade física.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se com delineamento descritivo e comparativo com abordagem quantitativa que segundo Gonçalves (2005) é aquela que o pesquisador apenas registra e descreve os fatos sem interferir neles.

### **Programa de Atividades Motoras para Deficientes - PROAMDE**

A Universidade Federal do Amazonas (UFAM) através da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) desenvolve há 16 anos o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE, que tem como objetivo potencializar pessoas com diversos tipos de deficiência. Esse programa possui dois pólos: um no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) atendendo pessoas com Lesão medular ainda no leito do hospital; e outro pólo na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia desenvolvendo atividades motoras para todos os tipos de deficiência, inclusive para os pacientes que já passaram pelo processo de reabilitação no HUGV. As atividades visam potencializar a funcionalidade dessas pessoas que nasceram ou adquiriram uma deficiência, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida para os mesmo. Durante estes 16 anos, foi possível perceber o quanto o processo de reabilitação é importante na vida de uma pessoa com deficiência, tornando-a mais independente e devolvendo o mesmo para a sociedade como um indivíduo atuante e conhecedor de seus direitos.

### **População e Amostra**

A população constituiu-se de pessoas residentes na cidade de Manaus – Am, que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e/ou Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), praticantes de atividade física. A amostra deste estudo foi constituída por 39 voluntários de ambos os gêneros, com idade entre 21 a 76 anos, dentre estes: que frequentavam o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE (n=14), indivíduos do Programa Viver Melhor Atividade Motora, CET Elisa Bessa (n= 09); CET



Cinthia Régia (n= 05) e CET Áurea Braga (n= 01) e indivíduos do Centro de Convivência da Família Magdalena Arce Daou (n= 10).

### Procedimentos de coleta de dados

Iniciamos os procedimentos convidando os indivíduos para participarem do estudo, informando sobre os procedimentos que seriam utilizados, possíveis benefícios e riscos atrelados à execução do estudo, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentação dos questionários que seriam aplicados no estudo. A coleta foi realizada em três locais distintos: Programa de Atividade Motora para Deficientes (PROAMDE), Programa Viver Melhor Atividade Motora e Centro de Convivência da Família, na cidade de Manaus – AM. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado com o número do CAAE 30661814.7.0000.5020.

### Instrumento da Pesquisa – Medida de Independência Funcional (MIF)

A MIF é um instrumento que objetiva mensurar o grau de independência funcional solicitado de cuidados de terceiros, que o indivíduo com alguma dependência, exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas 33.

É considerada uma escala que avalia 18 categorias, pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: 1 - Autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário); 2 - Controles de esfíncteres (controle da diurese e defecação); 3 - Transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro); 4 - Locomoções (marcha, cadeira de rodas, escadas); 5 - Comunicações (compreensão, expressão); 6 - Cognições sociais (interação social, resolução de problemas, memória) 36. Cada categoria varia em uma pontuação de 1 a 7, variando de acordo com o grau de dependência: 7 - Independência completa; 6 - Independência modificada; 5 - Supervisão; 4 - Ajuda mínima (indivíduo realiza  $\geq 75\%$  da tarefa); 3 - Ajuda moderada (indivíduo realiza  $\geq 50\%$  da tarefa); 2 - Ajuda máxima (indivíduo realiza  $\geq 25\%$  da tarefa), 1 - Ajuda total 34.

Os pontos de corte da MIF utilizados serão os seguintes: 18 pontos: dependência completa (assistência total); 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa); 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa); 104-126 pontos: independência completa/modificada. Assim, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF, obtém-se um escore total mínimo de 18 e o máximo de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores 35.

### Procedimentos Estatísticos

Os dados serão analisados no software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 18.0) for Windows, com um nível de significância estipulado em  $p < 0,05$  para todas as análises. Para tratamento dos dados será empregada a estatística descritiva, com medidas de tendência central e variabilidade (média, desvio-padrão e mediana), para a caracterização dos participantes da pesquisa.

## RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 39 indivíduos com sequelas de AVC ou TCE. O perfil da amostra revela que a maioria dos participantes era do gênero masculino (24) e 15 do gênero feminino, com a média de 51 anos, considerada uma amostra de indivíduos adultos.

Foi possível identificar que no nível de dependência completa – assistência total, não há indivíduos que se enquadrem nesta dimensão, somente nas outras três dimensões. Segundo a pontuação, a maioria destes é portador de dependência modificada, necessitando de assistência de até 25%.

**Tabela 1 - Classificação do nível de independência de indivíduos com deficiência física por meio dos sub-escores da MIF**

MIF Total	Nº	%
Dependência completa – assistência total	0	0
Dependência modificada – assistência de até 50%	1	2,56
Dependência modificada – assistência de até 25%	20	51,28
Independência completa	18	46,15
TOTAL	39	100,0

## DISCUSSÃO

Pesquisas apontam que pessoas com sequelas de AVE e ou TCE, apresentam incapacidade física e disfunção cognitiva, tornando-se propensas, expostas a situações que alteram a forma como se veem e constroem sua identidade, afetando a independência e repercutindo na qualidade de vida 23,35.

O grau de incapacidade do paciente indica a dependência deste e o significado de dependência representa o aprisionamento da pessoa aos cuidados de outra pessoa. É de suma importância para o indivíduo, para a família e para a sociedade a independência de cada indivíduo para a realização das atividades pessoais e do dia-a-dia 36.

No atual estudo quanto a classificadas ao nível de dependência para a realização de tarefas do dia a dia, foi possível observar percentuais alto de independência, acredita-se, que isto, pode estar associado ao fato dos indivíduos da amostra praticar atividade física regularmente.

Os estudos de Winnick 36 e Moreira 37 et al., apontam que que quanto mais atividades motoras uma pessoa com mobilidade reduzida fizer, possivelmente melhor seu corpo irá responder aos movimentos, possibilitando de tal modo, a desenvolvimento das habilidades motoras e funcionais, para uma melhor realização das atividades diárias, aperfeiçoando sua coordenação motora e superando as situações de dificuldades. Esses resultados corroboram com os encontrados na pesquisa e reafirmam a importância da prática da atividade física nos grupos das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas - ONU: Relatório Mundial sobre a Deficiência 2011. Disponível em: [whqlibdoc.who.int/hq/2011/who\\_nmh\\_vip\\_11.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/who_nmh_vip_11.01_por.pdf)
2. Censo - Classificação da deficiência pelo grau de severidade – IBGE, 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
3. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidente e violência: Brasil, grandes regiões e unidades das federações/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
4. Ministério da Saúde (Brasil)- Sistema de Legislação da Saúde - Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Ministério da Saúde,

- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 68 p.
- 6.Ministério da Saúde (Brasil)- Sistema de Legislação da Saúde - portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html).
- 7.Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP : Censo Escolar 2015. Disponível em [www.inep.gov.br/](http://www.inep.gov.br/).
- 8.Davim, RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 518-524, 2004.
- 9.Cardoso VD. Reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun. 2011.
- 10.Calvette LF, Oliveira CR, Pagarim KC, Fonseca RP. Teste de cancelamento em pacientes com AVE ou TCE: uma revisão de literatura. *Psicologia*, vol XXVI (2), Edições Colibri, Lisboa, p 7–40, 2012.
- 11.Nunes S, Pereira C, Silva MG. Evolução funcional de utentes após AVE nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisiOnline*;1(3):3-20, 2005.
- 12.O’Sullivan SB; Schmitz TJ *Fisioterapia:avaliação e tratamento*.4ªed. São Paulo:Atheneu, 2003. Paulo: Manole, 2004.
- 13.Martins SC, Seewald RA, Brondani RA. Doença cerebrovascular. In: M. L. F. Chaves, A. Finkelsztejn, & M. A. Stefani (Orgs.), *Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia* (pp. 94-96). Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2008.
- 14.Donovan NJ, Kendall DL, Heaton SC, Kwon S, Velozo C.A, Duncan PW. Conceituar Cognition funcional em Stroke. *Neurorehabilitation & Neural Repair* 22, 122-135; 2008.
- 15.Andre C. *Manual de Acidente Vascular Encefálico*. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter, p 250, 2006.
- 16.Lewis P, Rowland MD. *Merrit Tratado de Neurologia*. 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2012.
- 17.Kakihara CT, Neves CG. Avaliação do grau de funcionalidade de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico antes e após intervenção fisioterapêutica no solo e na hidroterapia. *Revista Fisioterapia Brasil*, São Paulo, v. 4, n. 5, set/out 2005.
- 18.Seignourel PJ, Robins DL, Larson MJ, Demery JA, Cole M, Perlstein WM. Controle cognitivo em traumatismo craniano fechado: disfunção manutenção contexto ou prepotente resposta déficit inibição na psicologia,19(5), 578-590, 2005.
- 19.LeathemvJ, Heath E, Woolley C. Relativas percepções de alteração de função, apoio social e estresse após lesão cerebral traumática. *Cérebro Inj*; 10(1):27-38, 2000.
- 20.Lanoski AL, Levandoski G. *O Esporte Adaptado: Fatores Históricos, Inclusão e Qualidade de Vida para o Deficiente Físico*. Ponta Grossa. 2005.
- 21.Pinto FCG, Lima CL. *Exercícios e posturas: para o paciente com sequelas de acidente vascular cerebral e outras doenças neurológicas*. São Paulo: Santos, 2011.
- 22.Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico . *Revista Brasileira Ciências e Movimento*. Brasília. n.1 p47 -54, 2002.
- 23.Curzel J, Forgiarini AJ, Rieder MM. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 25, n. 2, p. 93-98, 2013.
- 24.Souza FDA, Cruz DMC, Ferrigno VSI, Tsukimoto RG, Figliolia CS. Correlação entre papéis ocupacionais e independência de usuários com lesão medular em processo de reabilitação. *O Mundo*

da Saúde, São Paulo -;37(2):166-17, 2013.

25.Silva AR, Santos AT, Barros JF, Gorla JI . Qualidade de vida e independência funcional de lesados medulares. *Gestão e Saúde*. v. 4, n. 2, p. pag. 279-292, 2013.

26.Mutti CG. Avaliação das capacidades funcionais de pacientes paraplégicos por trauma raquimedular que frequentaram e que não frequentaram um centro de reabilitação.Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2008.

27.Ninomyia AF, Jesus CL, Auletta LL, Rimkus CM, Ferreira DM, Filho AZ, Cliquet AJ. Análise Clínica e Ultrassonográfica dos Ombros de Pacientes Lesados Medulares em Programa de Reabilitação. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v.15, n.2, p. 109-113, 2007.

28.Riberto M, Miyazaki MH, Juca SH, Lourenço C, Battistella LR . Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta fisiátrica*, v. 14, n. 2, 2007.

29.Rabeh SAN, Nogueira PC, Caliri MHL. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. *Coluna/Columna*, v. 12, n. 2, p. 153-156, 2013.

30.Benedito O, Silva DL, Romero CH. Independência funcional na lesão medular. *FIEP Bulletin On-line*, v. 84, n. 2, 2014.

31.Costa, HM. Fatores relevantes na adesão ao processo de reabilitação (Tese de mestrado). Aveiro: Universidade de Aveiro, Faculdade de Educação; 2013.

32.Navarro EJ, Stoffel DP, Nickel R. A independência funcional e a manutenção dos papéis ocupacionais em sujeitos com sequelas neurológicas. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 4, 2013.

33.Riberto M, Miyazaki MH, Juca SH, Lourenço C, Battistella LR . Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta fisiátrica*, v. 14, n. 2, 2007.

34.Calvette LF, Oliveira CR, Pagarim KC, Fonseca RP. Teste de cancelamento em pacientes com AVE ou TCE: uma revisão de literatura. *Psicologia*, vol XXVI (2), Edições Colibri, Lisboa, p 7–40, 2012.

35.Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TS, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 74, jul./dez. 2008.

36.Winnick JP. Educação Física e Esportes Adaptados. São Paulo – Barueri: Manole, 3 edição, 2004. 7

37.Moreira et al. Fatores que influenciam a adesão de deficientes motores e deficientes visuais a pratica desportiva. *Revista Digital EF deportes*. Bueno Aires - Año 11 - N° 104 - Enero de 2007.



**Minerva Leopoldina de Castro Amorim, Dra.**

# Publish Research Article

## International Level Multidisciplinary Research Journal

### For All Subjects

Dear Sir/Mam,

We invite unpublished Research Paper, Summary of Research Project, Theses, Books and Books Review for publication, you will be pleased to know that our journals are

### Associated and Indexed, India

- ★ Directory Of Research Journal Indexing
- ★ International Scientific Journal Consortium Scientific
- ★ OPEN J-GATE

### Associated and Indexed, USA

- DOAJ
- EBSCO
- Crossref DOI
- Index Copernicus
- Publication Index
- Academic Journal Database
- Contemporary Research Index
- Academic Paper Database
- Digital Journals Database
- Current Index to Scholarly Journals
- Elite Scientific Journal Archive
- Directory Of Academic Resources
- Scholar Journal Index
- Recent Science Index
- Scientific Resources Database

Review Of Research Journal  
258/34 Raviwar Peth Solapur-413005, Maharashtra  
Contact-9595359435  
E-Mail-[ayisrj@yahoo.in](mailto:ayisrj@yahoo.in)/[ayisrj2011@gmail.com](mailto:ayisrj2011@gmail.com)  
Website : [www.ror.isrj.org](http://www.ror.isrj.org)