



IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E FUNCIONAL*

ELDERLY WITH ISCHEMIC STROKE: SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND FUNCTIONAL CHARACTERIZATION

ANCIANOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FUNCIONAL

Chrystiany Plácido de Brito Vieira¹, Ana Virgínia de Melo Fialho², Paulo César de Almeida³, Thereza Maria Magalhães Moreira⁴

Objetivou-se descrever as características sociodemográficas e funcionais do idoso após o acidente vascular encefálico isquêmico. Estudo descritivo, quantitativo, realizado com amostra de acessibilidade de 52 idosos acometidos por acidente vascular encefálico isquêmico, em serviço de saúde de Fortaleza-CE-Brasil, entre maio e agosto de 2009. Calcularam-se média e desvio padrão para as variáveis contínuas e teste qui-quadrado para comparar proporções nas variáveis categóricas. Os resultados mostraram que 37 (71,2%) estavam entre 60 e 79 anos de idade, 43 (82,7%) residiam em Fortaleza, 30 (57,7%) eram casados, com renda familiar média de 2,5 salários mínimos e 16 (30,8%) tinham histórico da doença na família. A proporção de idosos se distribuiu de maneira uniforme nas faixas de incapacidade funcional e de dependência ($p=0,972$ e $p=0,780$). O conhecimento do perfil desses idosos é fundamental, pois a qualidade de vida destes tem estreita ligação com a realidade social e econômica, bem como a capacidade funcional.

Descritores: Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem.

The objective was to describe the social-demographic and functional characteristics of elderly after ischemic stroke. Descriptive quantitative study carried out with a sample of accessibility of 52 elderly patients with ischemic stroke, in a health service in Fortaleza-CE-Brazil, between May and August 2009. We calculated the average and standard deviation for continuous variables and chi-square test to compare proportions in categorical variables. The results showed that 37 (71.2%) were between 60 and 79 years old, 43 (82.7%) lived in Fortaleza, 30 (57.7%) were married, with average family income of 2.5 minimum wages and 16 (30.8%) had a family history of the illness. The proportion of elderly was uniformly distributed in the range of disability and dependency ($p=0.972$ and $p=0.780$). The knowledge of the profile of the elderly is crucial because their quality of life has a strong connection with their social and economic reality, as well as with their functional capacity.

Descriptors: Aged; Stroke; Nursing.

El objetivo fue describir las características sociodemográficas y funcionales del anciano después del accidente cerebrovascular isquémico. Estudio descriptivo, cuantitativo, con muestra de 52 ancianos con accidente cerebrovascular, en servicio de salud de Fortaleza-CE-Brasil, entre mayo y agosto de 2009. Se calcularon media y desvío padrón para variables continuas y prueba de chi-cuadrado para comparar proporciones en las variables categóricas. Los resultados mostraron que 37 (71,2%) estaban entre 60 y 79 años de edad, 43 (82,7%) vivían en Fortaleza, 30 (57,7%) eran casados, con renta familiar de 2.5 sueldos mínimos y 16 (30,8%) tenían antecedentes de enfermedad en la familia. La proporción de ancianos se distribuyó de manera uniforme en las fajas de discapacidad y dependencia ($p = 0,972$ y $p = 0,780$). El conocimiento del perfil de ancianos es fundamental pues la calidad de vida de ellos tiene relación cercana con la realidad social, económica y con la capacidad funcional.

Descritores: Anciano; Accidente Cerebrovascular; Enfermería.

*Artigo extraído da dissertação "Sobrecargas do cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de Enfermagem", apresentado à Universidade Estadual do Ceará, em 2010.

¹Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil. E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anavirginiamf@terra.com.br.

³Estatístico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: pc49almeida@gmail.com.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: tmmoreira@yahoo.com.

Autor correspondente: Chrystiany Plácido de Brito Vieira. Rua Anfrísio Lobão, 1235, Cond. Mansão Rino Levi, apart. 501, Jockey, Teresina-PI, CEP: 64.049-280. E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que desafia a Enfermagem e os serviços de saúde. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. E as Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos⁽¹⁾.

O aumento da longevidade, alcançado por meio do desenvolvimento socioeconômico e científico, pode resultar em uma sobrevivência marcada por incapacidades e dependência. A alteração epidemiológica que resultou na transição demográfica modificou o perfil de morbimortalidade populacional, mas nem sempre foi acompanhada de manutenção da saúde adequada dessa clientela. Como resultado, houve o aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), cujas sequelas e complicações podem ocasionar incapacidades, dependência e necessidades de cuidado de longa permanência⁽²⁾.

Esse processo de transição demográfica no Brasil se deveu, basicamente, à queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida, decorrentes dos avanços da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, ainda inferiores em acesso às necessidades dos brasileiros. Enquanto na Europa aconteceram significativos desenvolvimento social e aumento de renda, na América Latina, em especial no Brasil, deu-se a urbanização sem alteração da distribuição de renda⁽³⁾.

Nos idosos, em particular, o custo com a saúde é maior devido às internações mais frequentes, maior tempo de ocupação do leito que em outras faixas etárias e à necessidade de atendimento médico e de intervenção multidisciplinar contínua. Todo esse quadro

tem sido motivo de preocupação pelos onerosos gastos com a sofisticada medicina moderna no desenvolvimento de diagnósticos e tratamentos das DCNT com seu aspecto limitante e suas repercussões na vida do indivíduo, da família e sociedade.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis que podem comprometer a capacidade funcional, tem-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerado um problema de saúde pública, situado entre as três maiores causas de morte em muitos países e responsável por grande proporção da carga de doenças do sistema nervoso, sendo a principal causa de incapacidade neurológica grave, o que acarreta custos enormes, medidos em gastos com os cuidados de saúde e em produtividade perdida⁽⁴⁾.

Em geral, o AVE isquêmico é três a quatro vezes mais frequente do que o hemorrágico, compreendendo 70 a 80% de todos os acidentes vasculares encefálicos⁽⁴⁾. Esse agravo tem impacto na vida pessoal, familiar e social dos acometidos, transtornando seu cotidiano. É necessário, portanto, prestar a devida assistência a esses doentes, elaborando planos de apoio financeiro, emocional e de acompanhamento.

Diante dessas mudanças, ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais que visam à saúde e bem-estar do idoso. Essa constatação é preocupante na sociedade brasileira ao se analisar a condição social, econômica e de saúde dessa parcela da população, caracterizada por ser potencialmente dependente, com baixo nível socioeconômico e consumidora de parcela desproporcional de recursos de saúde⁽⁵⁾.

Portanto, torna-se importante para o enfermeiro conhecer as características sociodemográficas e funcionais dos idosos acometidos por AVE isquêmico para subsidiar um plano de cuidados que atenda

efetivamente as reais necessidades do idoso em seu contexto social e econômico, contribuindo para sua reabilitação satisfatória e para promoção de sua qualidade de vida. Desse modo, este trabalho objetivou descrever as características sociodemográficas e funcionais do idoso após o AVE isquêmico.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário, de Fortaleza-CE, de maio a agosto de 2009, escolhido por ser serviço de referência na região.

A amostra do estudo constituiu-se de idosos acometidos por AVE isquêmico que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser acometido por AVE isquêmico (incidente ou recorrente), ter idade acima de 60 anos e estar acompanhado de seu cuidador, para fornecimento de informações caso o idoso estivesse impossibilitado de responder às perguntas, o cuidador fornecesse as informações. No Ambulatório de Neurologia onde foi realizado o estudo são atendidos, em média, 32 pacientes com AVE isquêmico por mês, entre adultos e idosos. A amostra foi constituída de 52 idosos, pois nos quatro meses de coleta de dados surgiram muitos casos de AVE isquêmico em pessoas com menos de 60 anos de idade.

Para coleta de dados, aplicou-se formulário, após o atendimento ao idoso no ambulatório, com questões referentes à caracterização dos aspectos sociodemográficos (faixa etária, sexo, procedência e estado civil) e econômicos (renda familiar), nosológicos (episódio de AVE, tempo de ocorrência e de acompanhamento no ambulatório) e funcional dos idosos.

Para coleta de informações sobre o grau de incapacidade funcional dos idosos, registrou-se no formulário a classificação anotada pelo médico no prontuário do participante em todas as consultas, a qual é definida de acordo com a Escala de Rankin de Incapacidade Modificada⁽⁶⁾. Para complementar essas informações, aplicou-se a Escala de Barthel, que mensura a capacidade do idoso para desenvolver as Atividades de Vida Diária (AVDs), por meio da avaliação de informações fornecidas pelo idoso e/ou seu cuidador.

Assim como a Escala de Rankin Modificada, a Escala de Barthel mostra-se como escala de avaliação neurológica de confiabilidade clínica e de aplicabilidade eficaz. Contudo, quando utilizadas juntas, aumenta a confiabilidade desses instrumentos no prognóstico da doença cerebrovascular⁽⁷⁾, justificando-se, assim, a utilização das duas escalas para avaliação da capacidade funcional dos idosos neste estudo.

Realizou-se análise estatística descritiva, apresentando-se os dados em tabelas. Calcularam-se as medidas estatísticas média e desvio padrão das variáveis contínuas. Empregou-se o teste de χ^2 , a fim de se comparar as proporções dentro das variáveis categóricas. Os dados foram processados por meio do *software* SPSS, versão 15.0.

Os aspectos éticos foram observados durante toda a pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da própria instituição, sob parecer de nº 018.04.09, de 11 de maio de 2009.

RESULTADOS

As informações foram fornecidas pelos idosos e cuidadores. Realizou-se inicialmente a caracterização destes quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos, nosológicos e funcionais.

Tabela 1 - Distribuição do número de idosos acometidos por AVE isquêmico (n=52), segundo faixa etária, sexo, procedência, estado civil e renda familiar. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Características	N	%	
Faixa etária (ano)			
60-69	19	36,6	
70-79	18	34,6	média±DP
80-93	15	28,8	73,7±0,8anos
Sexo			
Feminino	26	50,0	
Masculino	26	50,0	
Procedência			
Fortaleza	43	82,7	
Outra cidade do Ceará	8	15,4	
Outro estado	1	1,9	
Estado civil			
Solteiro (a)	3	5,8	
Casado (a)	30	57,7	
Divorciado (a)	2	3,8	
Viúvo (a)	17	32,7	
Renda familiar (SM)*			
Até 1 SM	12	23,1	média±DP
1- 2 SM	16	30,8	2,5±1,2SM
2-3 SM	11	21,1	
3-6,5 SM	13	25,0	

*Salário mínimo (SM)=R\$465,00

Na Tabela 1, encontram-se as informações sobre as características sociodemográficas e socioeconômicas. A idade dos idosos variou de 60 a 93 anos, com média 73,7±0,8 anos e distribuição homogênea entre os dois sexos.

Quanto à procedência, 43 idosos (82,7%) eram de Fortaleza e oito (15,4%) das cidades vizinhas (Tabela 1). Em relação ao estado civil, destacou-se o estado de

casado na maioria dos casos (57,7%) e de viúvo em 17 (32,7%) (Tabela 1). Conforme se observa na Tabela 1, a maioria dos idosos (53,9%) apresentava renda familiar de até dois salários mínimos, com renda média 2,5±1,2 salários mínimos.

Na Tabela 2, apresentam-se os dados relacionados às características do AVE: primeiro episódio, tempo de ocorrência e de acompanhamento ambulatorial.

Tabela 2 - Distribuição do número de idosos acometidos por AVE isquêmico (n=52), segundo características nosológicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Características	N	%	
Primeiro episódio de AVE			
Sim	36	69,2	
Não	16	30,8	
Tempo de ocorrência do AVE (ano)			
< 1 ano	15	28,8	
1-2	11	21,2	média±DP
3-6	13	25,0	1,77±2,2anos
7-30	13	25,0	
Tempo de acompanhamento ambulatorial (ano)			
Até 1	29	55,8	
2	9	17,3	média±DP
2-10	14	26,9	0,82±1,1anos

Constatou-se que 36 (69,2%) dos idosos foram acometidos por um episódio de AVE e 13 (25,0%) com mais de sete anos de ocorrência do episódio, com tempo médio de 1,77±2,2 anos, 29 (55,8%)

realizava acompanhamento no ambulatório há um ano, e 14 pessoas (26,9%) de 2 a 10 anos (Tabela 2).

Na tabela a seguir estão apresentados os dados conforme a distribuição dos idosos segundo grau de incapacidade funcional e grau de dependência.

Tabela 3 - Distribuição do número de idosos (n=52), conforme o grau de incapacidade funcional e grau de dependência. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Avaliação da capacidade funcional	N	%
Grau de incapacidade funcional (Escala de Rankin)		
Grave	16	30,8
Leve/moderada	17	32,7
Nenhum	19	36,5
Grau de dependência (Escala de Barthel)		
Muito grave	7	13,5
Grave	7	13,5
Moderado	9	17,3
Leve	17	32,7
Independente	12	23,1

Como pode ser observado na Tabela 3, para a descrição da capacidade funcional do idoso após o AVE, foi realizada a classificação do grau de incapacidade, conforme a Escala de Rankin Modificado e o grau de dependência, de acordo com a Escala de Barthel,

verificando-se que a proporção de idosos se distribuiu de maneira uniforme, tanto nas faixas de incapacidade (p=0,972) quanto nas de dependência (p=0,780), apesar de nessa última escala ter havido a predominância de leve ou independente (55,8%).

DISCUSSÃO

Quanto à distribuição dos idosos em relação à idade e sexo, encontrou-se resultado semelhante em estudo sobre a prevalência de AVE em idosos no município de Vassouras, Rio de Janeiro, no qual 78% dos casos encontravam-se na faixa etária de 60 a 79 anos de idade, com aumento da prevalência com a idade, sendo 61 (50%) do sexo masculino e 61 (50%) do feminino⁽⁹⁾.

Sabe-se que a idade é um fator de risco não passível de modificação e um dos determinantes mais fortes para a ocorrência do AVE, apesar da ocorrência em qualquer idade, a sua prevalência e o seu impacto na saúde pública são motivos de preocupação, pois com o envelhecimento populacional tendem a aumentar⁽⁴⁾. Isso somente reforça a necessidade de medidas de prevenção e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular a serem realizadas pelo enfermeiro e por toda a equipe de saúde, principalmente na atenção básica, para que se promova um envelhecimento ativo.

Em relação à residência destacam-se dois aspectos: as dificuldades de ordem econômica e de capacidade funcional dos idosos, enfrentadas pelos familiares para não faltarem às consultas, fator importante para o tratamento e/ou reabilitação do idoso; e o aspecto da urbanização, característica desse grupo populacional, que até a década de 1940 apenas 20% viviam em regiões urbanas e, em menos de 40 anos, passou a ser eminentemente urbana, sendo que atualmente cerca de 80% da população brasileira vive em centros urbanos⁽³⁾.

O estado civil de casado do idoso favorece que o cuidado seja prestado por suas famílias⁽¹⁰⁾, principalmente, cônjuges e filhos(as). A viuvez pode ser um fator que predispõe aos sentimentos de solidão e tristeza, gerando a desmotivação para o auto-

cuidado⁽¹¹⁾, o que pode tornar o idoso ainda mais dependente.

Informações sobre a situação conjugal, bem como as relações familiares do idoso são importantes no plano de cuidados do enfermeiro, pois é necessário considerar o sistema de apoio que o idoso dispõe no seu cotidiano. Além disso, o arranjo familiar configurado pelas gerações idoso/filhos pode implicar em melhores condições de vida para o idoso e seus filhos, desde que não haja desequilíbrio nas trocas sociais entre as diferentes gerações. Como exemplo, pode-se citar a situação em que o idoso ao receber cuidados do(s) filho(s) pode desenvolver sentimentos de dependência e perda da autonomia, podendo gerar baixa autoestima e depressão⁽¹²⁾.

A renda familiar dos idosos, em muitos casos, era resultante de suas aposentadorias e da renda dos outros familiares que trabalham. Esse fato dificulta a aquisição de alimentos, medicamentos, equipamentos, transporte, entre outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso acometido por AVE isquêmico, configurando fator preocupante no tocante à qualidade do cuidado dispensado, pois além dos consumos rotineiras da família, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram ainda mais o sistema de cuidado⁽¹³⁾.

O número de episódios de AVE isquêmico e o acompanhamento ambulatorial são dados importantes a serem levantados, pois o acompanhamento deve ocorrer desde o início para melhor reabilitação do idoso e além de auxiliar na prevenção de complicações bem como de recorrências. Vale destacar que pacientes que sofreram acidentes vasculares cerebrais têm risco de morte três a cinco vezes maior, em comparação à população geral da mesma idade. O risco de recorrência nos primeiros 30 dias é maior, com frequência variando de 3 a 10%. Em

um período mais longo, a frequência de recorrência varia de 4 a 14% por ano⁽⁴⁾.

A predominância da condição de incapacidade leve a moderada e de dependência leve entre os idosos exige da família e/ou cuidadores ajuda e apoio para realização das atividades de vida diária, ou seja, embora não se possa, a partir deste resultado, inferir sobre o grau de incapacidade e dependência dos idosos acompanhados nesse ambulatório, os dados demonstram que os idosos participantes eram pessoas que apresentavam alguma dificuldade e dependência para realizar as atividades de vida diárias (AVDs).

O termo incapacidade está relacionado à inabilidade em realizar uma atividade de maneira adequada, o que determinará a dependência para realização das atividades de vida diária, isto é, a incapacidade de realizar independentemente essas atividades. A avaliação das atividades de vida diária explora as habilidades do paciente para satisfazer as necessidades básicas, como comer, fazer a higiene, vestir-se, entre outras.

Conforme o idoso enfrenta suas dificuldades e limitações reais, pode precisar de mais ou menos auxílio e o cuidado oferecido terá características diferentes, variando em tipo e intensidade. Além disso, a manutenção da capacidade funcional dos idosos, dentro da individualidade e especificidade de cada situação, constitui uma das funções mais relevantes dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores. Por consequência, a avaliação funcional dos idosos torna-se, então, essencial para se estabelecer diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado que servirão de alicerce para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários⁽¹⁴⁾.

Outra problemática é que a capacidade funcional para realização das AVD's não tem feito parte da rotina

no cuidado ao idoso na Atenção Primária. Neste contexto, o enfermeiro pode acrescentar esta informação nos dados coletados durante a prestação de cuidado, seja através da consulta de enfermagem ou da visita domiciliar. Por outro lado, destaca-se também o papel das instituições de ensino na capacitação dos profissionais de saúde para essa realidade⁽¹¹⁾.

Diante disso, ao refletir sobre a elaboração de política de cuidado para essa parcela da população, baseada na qualidade de vida, assume grande importância o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma⁽¹⁴⁾.

A promoção do envelhecimento ativo e a manutenção da máxima capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível constituem foco central da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI. Isso significa valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental da pessoa idosa, através de ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, com um enfoque que transcende ao simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas⁽¹⁵⁾.

A ocorrência de dependência grave associada a um elevado grau de incapacidade funcional não é um fato universal na velhice e não atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento do idoso, porém problemas relacionados à capacidade funcional representam sérios riscos à independência do idoso.

O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de saúde e o termo capacidade funcional surgiu, portanto, como um novo paradigma de saúde⁽³⁾. Logo, resulta em mais um fator que aumenta a importância de estratégias de cuidado que visa manter, melhorar ou recuperar a

capacidade funcional do idoso, o que irá repercutir na qualidade de vida do mesmo.

CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados, foi possível constatar que os participantes apresentavam idade avançada, baixa renda familiar e graus de incapacidade funcional e dependência leves, apesar de não ser possível inferir sobre o perfil e o grau de incapacidade funcional de todos os idosos acometidos por AVE isquêmico acompanhados nesse ambulatório, por conta do número pequeno da amostra.

Apesar dessa limitação, ao abordar a temática de idosos acometidos por AVE isquêmico, os achados deste estudo alertam o enfermeiro para a importância de se conhecer o perfil dos idosos sob seus cuidados, pois a qualidade de vida dos mesmos possui estreita ligação com sua realidade social e econômica, bem como capacidade funcional e nível de dependência para realizar suas atividades de vida diária. A partir dessas informações o enfermeiro pode desenvolver um plano de cuidados adequado à realidade do idoso, considerando suas dificuldades, tais como as de ordem financeira, de estrutura familiar, de rede de apoio e de realização das atividades de vida diária.

No que se refere especificamente à incapacidade e dependência funcionais, sabe-se que o grau de dependência pode influenciar diretamente na vida do idoso e de toda sua família, pois as dificuldades vivenciadas no seu cotidiano determinam muitas vezes a necessidade de alguém para auxiliá-lo. Consequentemente, o conhecimento do perfil e do grau de incapacidade e dependência desses idosos do ponto de vista de suas necessidades, é fundamental para o cuidado de enfermagem e demais profissionais de saúde, oferecendo subsídios para atenção à saúde do

idoso, visando a manutenção da independência, autonomia, inserção social e melhoria da qualidade de vida.

Muitos idosos estavam impossibilitados de responder aos questionamentos, daí os cuidadores responderam, principalmente no que se referia ao levantamento de informações sobre a dependência. Este fato pode ser considerado uma limitação da pesquisa, visto que os dados coletados retratam a visão e percepção do cuidador.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Paschoal SMP. Qualidade de vida. In: Jacob Filho W, Amaral JRG, editores. Avaliação global do Idoso: manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 59-77.
3. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6(supl 1):4-6.
4. Sacco RL. Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Rowland LP, Merritt, tratado de neurologia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 255-69.
5. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1260-70.
6. Bonita R, Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: recovery of motor function after stroke. Stroke. 1988; 19(12):1497-500.
7. Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr. 2006; 64 (3-A):690-7.

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93.333, 14 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(supl. 2):15-25.
9. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9):1929-36.
10. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006; 14(3):364-71.
11. Soares MBOS, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):705-11.
12. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rene*. 2010; 11(1):19-27.
13. Nardi EFR. Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2007.
14. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
15. Ministério de Previdência e Assistência Social (BR). Portaria 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): MPAS; 1999.

Recebido: 15/12/2010

Aceito: 03/05/2011