

Avaliação do equilíbrio e o risco de quedas em idosos acometidos por acidente vascular encefálico

Risk assessment of balance and falls in elderly patients due to stroke

Pietro Araújo dos Santos
Tatiane Dias Casimiro Valença
Camila Rego Amorim

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE), atendidos no Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física do Município de Jequié (NUPREJ), (Bahia). Foram utilizados como instrumentos o Mini-Exame do Estado Mental, um questionário sociodemográfico e a Escala de Equilíbrio de Berg. Os resultados evidenciaram uma diminuição do equilíbrio, indicando ser este um fator de risco para quedas.

Palavras-chave: Idoso; Acidente Cerebral Vascular; Equilíbrio Postural.

ABSTRACT: *The aim of this study was to evaluate the balance and risk of falls in elderly patients with Stroke treated at the Municipal Center for Prevention and Rehabilitation Physics of the Municipality of Jequié (NUPREJ), (Bahia). Instruments were used as the Mini Mental State Examination, a social demographic questionnaire and the Berg Balance Scale. The results showed a decrease in balance, indicating that this was a risk factor for falls.*

Keywords: *Aged; Stroke; Postural Balance.*

Introdução

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, dos países ditos do terceiro mundo. Este fato é decorrente da transição epidemiológica, do declínio das taxas de fecundidade, assim como das de mortalidade, influenciando, deste modo, no aumento da população idosa (Freitas, Maruyama, Ferreira & Motta, 2009).

O Brasil também sofreu notável transformação epidemiológica nos últimos tempos, o que acarretou a necessidade de um olhar mais crítico e intervenções a respeito das alterações do envelhecimento e de suas consequências, principalmente no que diz respeito à qualidade de vida que ganhou um sentido mais amplo e imprescindível (Freitas, Py, Caçado, Doll & Gorzoni, 2006).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas graduais, porém progressivas, como o aumento das enfermidades crônico-degenerativas, sendo comum a ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos, endócrinos, cardiovasculares, pulmonares, neurológicos, psiquiátricos, entre outros (Freitas *et al.*, 2006). Esses possíveis distúrbios podem acarretar a perda da função muscular, ocorrendo uma deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo (Clark, Siebens, *apud* Delisa & Gans, 2002).

Assim, com o avançar da idade, o risco de cair aumenta significativamente, o que coloca o evento queda como um dos grandes problemas de saúde pública, devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e a sua maior longevidade, aumentando a demanda por cuidados de longa duração (Perracini, 2005).

De acordo com Chandler, *apud* Guccione (2002), a queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. É considerado um sintoma e não um evento isolado, podendo ser uma manifestação de patologias existentes e resultante da interação entre fatores ambientais, biomédicos, fisiológicos e psicossociais que comprometem a estabilidade do indivíduo.

Nesse contexto, o efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, patologias, e meio ambiente inadequado parecem predispor o idoso à queda (Ishizuza, 2008). Dentre as patologias, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerado um dos principais distúrbios neurológicos, podendo ser um fator relevante que predispõe a quedas em idosos (Carvalho & Coutinho, 2002). Segundo O' Sullivan e Schimitz (2010), o AVE é a perda repentina da função neurológica causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, podendo ser subdividido em AVE isquêmico ou AVE hemorrágico.

As evidências clínicas demonstram que a incidência de AVE no Brasil é alta, principalmente em indivíduos idosos e, com o envelhecimento populacional brasileiro, estima-se que a prevalência de AVE também aumente nessa população (Torriani, Mota, Kazurayama, Burin, Mengatti, Caminho *et al.*, 2007).

O tratamento clínico pode ou não envolver internação hospitalar, dependendo da gravidade do AVE, sendo que, após o episódio e/ou internação hospitalar, caso necessário, o idoso pode retornar ao lar com possíveis sequelas físicas ou emocionais, que comprometem a capacidade funcional, a independência e a autonomia (Viana, Lorenzo, Oliveira & Mendes (2008). As sequelas físicas permanentes após um AVE podem propiciar distúrbios do equilíbrio e a diminuição da coordenação motora, estando estes situados como os principais fatores de instabilidade postural e risco de quedas (O' Sullivan & Schimitz, 2010).

No quesito marcha, O'Sullivan e Schmitz (2010) descrevem que os pacientes acometidos por AVE perdem a capacidade de estabilizar adequadamente as articulações proximais e do tronco, levando ao desalinhamento postural e comprometendo o equilíbrio. Desta forma, a marcha dos pacientes pós-AVE tem o padrão ceifante, obrigando o indivíduo a realizar abdução exagerada do membro durante a fase de balanço, pois há dificuldade em flexionar o quadril e o joelho e em realizar a dorsiflexão do tornozelo. Além disso, a espasticidade de flexores plantares leva a um pé equinovaro. O AVE interrompe a resposta postural automática que contribui para o equilíbrio em pé e isso pode dificultar a marcha e aumentar o risco de quedas, principalmente em pessoas idosas (Martins, Guimarães, Vitorino & Souza, 2004).

Assim, a queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde de idosos, podendo haver uma maior ocorrência de quedas em indivíduos com sequelas

neurológicas, já que estes podem apresentar uma diminuição do equilíbrio (Ishizuza, 2008).

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em pessoas idosas acometidas por Acidente Vascular Encefálico (AVE), cadastradas e atendidas no Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física do Município de Jequié (NUPREJ), no estado da Bahia.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de caráter descritivo (Medronho, Block, Luiz & Werneck, 2009). A população foi composta por todos os (22) indivíduos que tinham 65 anos ou mais de idade, acometidos por AVE, cadastrados e assistidos no Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física do Município de Jequié (BA) (NUPREJ) no período de janeiro a fevereiro de 2011.

O município de Jequié está localizado na região Sudoeste da Bahia, possuindo uma área territorial de 3.035 km² e cerca de 150.541 habitantes. Sua economia está baseada nas atividades agropecuária, petroquímica, industrial e comercial (IBGE, 2010).

O Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física do Município de Jequié (BA) (NUPREJ) constitui-se em uma unidade de referência de média complexidade em reabilitação física, que tem por finalidade prestar serviços de reabilitação para pessoas portadoras de deficiência, além de prevenir, tratar ou reduzir as incapacidades dos usuários, visando a sua reintegração social.

Foram excluídos do presente estudo os indivíduos que não conseguiram alcançar o escore mínimo no Mini-Exame do Estado Mental, os cadeirantes, e/ou os que portavam outra patologia de natureza neurológica associada.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: questionário de Mini-Exame do Estado Mental; questionário composto por características sociodemográficas e aspectos de saúde (idade, sexo, estado civil, presença de outras patologias, problemas de visão, aspectos relacionados a quedas após o AVE) e um formulário com a Escala de Equilíbrio de Berg.

Inicialmente realizou-se a avaliação da capacidade cognitiva dos idosos através do Mini-Exame do Estado Mental, que é a escala mais utilizada para rastreamento do

comprometimento cognitivo. Esse Mini-Exame tem sido usado para detecção e acompanhamento da evolução de alterações cognitivas e como instrumento de pesquisa, vem sendo empregado em grandes estudos populacionais ou acoplado a baterias de testes neuropsicológicos (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Em seguida, os idosos que foram considerados com bom estado mental responderam ao questionário de características sociodemográficas e aspectos de saúde e foram submetidos à avaliação do equilíbrio através da Escala de Equilíbrio de Berg. Esta escala foi criada em 1989 por Katherine Berg para avaliar o equilíbrio nos indivíduos acima dos 65 anos; trata-se de um instrumento confiável que tem tido ampla utilização, sendo traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Miyamoto; Lombardi Junior; Berg; Ramos & Natour (2004); Silva (2008); O'Sullivan & Schimitz, (2010). Esta escala é composta por 14 (quatorze) tarefas categorizadas numa escala ordinal de cinco pontos, que vai desde 0– referindo aquele incapaz de realizar a tarefa até 4– aquele que realiza de forma independente. Os escores dos 14 (quatorze) itens são combinados em um escore total que vai de 0 a 56 pontos; quanto maior o escore melhor é o desempenho, sendo que um resultado igual ou inferior a 45 pontos evidencia uma diminuição do equilíbrio, podendo ser um valor preditivo de quedas recorrentes (O'Sullivan & Schimitz, 2010).

Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 9.0 for Windows®. Realizou-se a análise descritiva através da frequência absoluta e/ou frequência relativa para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão (amplitude, média e desvio-padrão) para variáveis contínuas. A prevalência de quedas também foi estimada, dividindo-se o número de indivíduos que referiram ter sofrido queda pelo total da população do estudo.

Durante o procedimento de coleta de dados, todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Ministério da Saúde Resolução n.º 196/96 que envolve pesquisa com seres humanos (Ministério da Saúde, 1996). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, de acordo com o protocolo n.º 159/2010.

Resultados e Discussão

Foram avaliados os 22 (vinte e dois) idosos acometidos por AVE que frequentavam o NUPREJ, durante a execução da pesquisa, sendo que, destes, 03 (três) não participaram do estudo por serem cadeirantes e por não alcançarem o escore mínimo no Mini-Exame do Estado Mental, totalizando ao final da amostra 19 (dezenove) idosos (taxa de resposta = 86,36%).

Em relação às características sociodemográficas e de saúde, verificou-se que a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (57,9%), com média de idade de 69,6 anos ($\pm 4,72$), variando entre o mínimo de 65 anos e o máximo de 82 anos. O dado encontrado foi semelhante ao de Ribeiro, Souza, E., Atie, Souza, A. e Schoilithz, 2008, em seu estudo sobre a influência das quedas na qualidade de vida dos idosos, no qual a maioria também era do sexo feminino. Achado similar também foi encontrado por Menezes e Bachion (2008), em um estudo sobre os fatores intrínsecos para quedas em idosos. Essa maior presença do sexo feminino no grupo da terceira idade pode ser consequência de um maior cuidado e atenção com a saúde, já que as idosas tentam prevenir as complicações decorrentes da idade, ao mesmo tempo em que buscam mais os serviços de saúde. Em contrapartida, os homens se descuidam quando o assunto é cuidar da própria saúde, o que reflete em um menor tempo de vida desse grupo de indivíduos (Carlos, Hamano & Travensolo, 2009).

Quanto ao estado civil, uma parcela significativa era de casados (47,4%), sendo que valor similar foi encontrado quanto aos solteiros (42,1%), dados semelhantes aos encontrados por Siqueira, Facchini, Piccini, Tomasi, Thumé, Silveira, Vieira e Hallal (2007), em seu estudo sobre a prevalência de quedas e fatores associados, no qual observaram que o cuidado mútuo entre parceiros pode explicar uma menor ocorrência de quedas entre os indivíduos com companheiro.

Nesta pesquisa, houve a ocorrência considerável de hipertensão arterial sistólica e diabetes mellitus, acometendo respectivamente 42,1% e 36,8% dos indivíduos estudados, achados estes que indicam a necessidade de cuidados específicos e do uso constante de medicamentos. Diante disso, torna-se necessário uma maior atenção ao uso de medicamentos por estes idosos, pois a presença de polifarmácia pode aumentar de forma descontrolada o uso desses medicamentos, consequentemente influenciando o aumento da ocorrência de quedas, já que alguns medicamentos podem comprometer o

estado de lucidez dos idosos. Os indivíduos que utilizam mais medicamentos normalmente são aqueles que realmente mais precisam; entretanto, há necessidade de uma revisão medicamentosa, no sentido de prevenir a ocorrência de quedas (Siqueira *et al.*, 2007).

A preservação ou a condição satisfatória da visão pode permitir que o idoso consiga evitar o episódio das quedas, pois terá informações sobre o ambiente e os obstáculos presentes, porém, no presente estudo observou-se que a maioria dos indivíduos apresentava algum comprometimento visual (63,8%), sobressaindo à presença de catarata (36,8%). Catarata é a denominação dada a qualquer opacidade do cristalino que não necessariamente afete a visão, sendo a causa de cegueira mais frequente em todo o mundo, acometendo 75% dos indivíduos acima de 70 anos (Centurion *et al.*, 2003). O estudo de Carlos, Hamano e Travensolo (2009) constatou que a queda pode estar associada à presença de catarata, sendo que a perda da capacidade visual pode afetar diretamente a qualidade de vida dos pacientes, dificultando a realização de atividades do cotidiano.

Os resultados demonstraram uma prevalência de 78,9% de quedas nesta população após a ocorrência do AVE, e que 47,4% destes idosos caíram duas vezes, sendo que nos idosos sem esta patologia a prevalência de quedas gira em torno de 40 a 50% (Borges, Filho & Mascarenhas, 2010). Também foi apontado por estes idosos as atividades que estavam realizando no momento da queda, sendo que número significativo de indivíduos estava caminhando dentro de casa (66,6%), seguidos por aqueles que referiram estar tomando banho (33,3%), demonstrando dessa forma que as quedas ocorrem com maior frequência no próprio domicílio do idoso.

Segundo Siqueira *et al.*, (2007), a maioria das quedas nos idosos ocorre na própria residência, um ambiente tão familiar e ao mesmo tempo muito perigoso se não adequado da forma correta. Desta forma é extremamente necessário melhorias na infraestrutura dos domicílios, devendo ser realizadas alterações no sentido de minimizar a ocorrência deste desfecho entre idosos.

Houve como principal consequência da ocorrência das quedas a presença de escoriações (52,6%), seguido das fraturas (15,8%). Estudos realizados no Brasil, Japão e Bélgica tiveram achados semelhantes em relação a lesões decorrentes das quedas (Siqueira *et al.*, 2007; Milisen, Detroch, Bellens *et al.*, 2004). No que diz respeito à avaliação do equilíbrio, 68,4% dos idosos com sequelas após o AVE obtiveram resultado igual ou inferior a 45 pontos na Escala de Equilíbrio de Berg, evidenciando a

diminuição do equilíbrio estático e dinâmico, podendo ser um valor preditivo de quedas recorrentes nesta população (O'Sullivan & Schimitz, 2010). Estes resultados estão de acordo com a literatura, que tem demonstrado que queixas na diminuição de equilíbrio na população acima de 65 anos pode chegar a 85%, podendo estar associada a diversas etiologias e manifestando-se por sinais e sintomas como tontura, desequilíbrio, desvio de marcha, instabilidade e quedas frequentes (Borges, Filho & Mascarenhas, 2010).

Observou-se também que os participantes da pesquisa apresentaram uma maior dificuldade na realização de algumas tarefas, com pior desempenho no teste de buscar um objeto no chão (52,6%); colocar os pés alternados sobre o degrau (47,4%) e ficar de pé com uma perna (52,6%), corroborando assim com uma acentuada diminuição do equilíbrio, que pode acarretar no aumento do risco de quedas.

Estudos que também verificaram os fatores de risco da ocorrência de quedas em idosos com sequela de AVE demonstraram que a manutenção do equilíbrio durante a postura em pé é uma tarefa complexa realizada pela integração do sistema de controle postural, o qual integra informações sobre a posição e rotação da cabeça, e informações relacionadas ao contato e posição do corpo (Borges, Filho & Mascarenhas, 2010). Essas informações são recebidas e interpretadas pelo Sistema Nervoso Central, gerando e enviando padrões de contração muscular para desenvolver o movimento adequado (Freitas *et al.*, 2006). Assim, uma falha em qualquer um dos sistemas envolvidos ocasionado por um AVE que compromete áreas focais do encéfalo, pode causar dificuldade na capacidade de controlar as oscilações do corpo e predispor a quedas (Christofoletti, Oliani, ; Gobbi, L., Gobbi, S.& Stella, 2006).

As limitações da pesquisa incluem: uma população pequena no cenário de estudo, uma falta de sequência no comparecimento à instituição pelos pacientes e o pouco tempo disponível para a entrevista e a avaliação por parte dos idosos após o tratamento de reabilitação, já que estes possuíam horário marcado para regressar as suas residências e dependiam do transporte público disponibilizado pelo município para a sua locomoção.

Considerações Finais

O presente estudo evidenciou que a maioria dos idosos avaliados acometidos por AVE apresentou diminuição do equilíbrio estático e dinâmico, e que grande parte destes referiu eventos de quedas após o AVE.

Este trabalho veio então corroborar o que a literatura apresenta, quando relata que alterações no equilíbrio de pessoas idosas acometidas por AVE são um fator que predispõe estes indivíduos a sofrerem quedas.

Torna-se necessário, portanto, a realização de uma avaliação adequada destes idosos por uma equipe multidisciplinar especializada, verificando outros fatores de risco envolvidos, além do desenvolvimento e aplicação de ações que venham melhorar o equilíbrio e a autonomia destas pessoas; consequentemente, evitando quedas e garantindo uma melhor qualidade de vida para esta população.

Referências

- Borges, P.S.; Filho, L.E.N.M. & Mascarenhas, C.H.M. (2010). Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(1): 41-50.
- Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. *Censo 2010*. Recuperado em 05 de março, 2011 de: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996*. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Recuperado em 05 de março, 2011, de: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
- Carlos, A.P.; Hamano, I.H. & Travensolo, C.F. (2009). Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina. *Revista Kairós*, 12 1): 181-96. São Paulo.
- Carvalho, A.M. & Coutinho, E.S.F. (2002). Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Revista Saúde Pública*, 36(04). São Paulo.
- Centurion, V; Figueiredo, C.G. & Carvalho, D. (2003). Catarata: Diagnóstico e Tratamento. *Consenso Brasileiro de Oftalmologia*. Recuperado em 08 de março, 2011, de: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf.
- Chandler, J.M. (2002). Equilíbrio e Quedas no Idoso: Questões sobre a Avaliação e o Tratamento. In: Guccione, A.A. *Fisioterapia Geriátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Christofoletti, G.; Oliani, M.M.; Gobbi, L.T.B.; Gobbi, S. & Stella, F. (2006). Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(4): 429-33. São Carlos (SP).
- Clark, G.S. & Siebens, H.C. (2002). Reabilitação Geriátrica. In: Delisa, J.Á. & Gans, B.M. *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas*. São Paulo: Manole.
- Folstein, M.F.; Folstein, S.E. & Mchugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiat*, 12: 189-98.
- Freitas, M.C.; Maruyama, S.A.T.; Ferreira, T.F. & Motta, A.M.A. (2009). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(2). Ribeirão Preto (SP).
- Freitas, V.F.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll, J. & Gorzoni, M.L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ishizuza, M.A. (2008). *Tradução para o português e validação do teste POMA II- Performance-Oriented Mobility Assessment II*. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP.
- Martins, F.L.M.; Guimarães, L.H.C.T.; Vitorino, D.F.M. & Souza, L.C.F. (2004). Eficácia da eletroestimulação funcional na amplitude de movimento de dorsiflexão de hemiparéticos. *Revista em Neurociências*, 12(2). Belo Horizonte (MG).
- Medronho, R.A.; Block, K.V.; Luiz, R.R. & Werneck, G.L. (2009). *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Menezes, R.L.; Bachion, M.M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4): 1209-18. Rio de Janeiro (RJ).
- Milisen, K.; Detroch, E.; Bellens, K. *et al.* (2004). Falls among community-dwelling elderly: a pilot study of prevalence circumstances and consequences in Flanders. *Tijdschr Gerontol Geriatric*, 35(1): 15-20. Bethesda.
- Miyamoto, S.T.; Lombardi Junior, L.; Berg, K.O.; Ramos, L.R. & Natour, J. (2004). Brazilian version of the Berg balance scale. Recuperado em 02/07/2011, de: *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37: 1411-1421, de: <http://www.scielo.br/pdf/bjmb/v37n9/5292.pdf>
- O'Sullivan, S.B. & Schimitz, T.J. (2010). *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. 5ª ed. São Paulo: Manole.
- Perracini M.R. (2005). Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso. In: Ramos, L.R. & Toniolo Neto, J. *Geriatria e Gerontologia*. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole.
- Ribeiro, A.P.; Souza, E.R.; Atie, S.; Souza, A.C. & Schoilithz, A.O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4):1265-73. Rio de Janeiro (RJ).
- Silva, A.S. (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(2). Niterói (RJ).

Siqueira, F.V.; Facchini, L.F.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Silveira, D.S.; Vieira, V. & Hallal, P.C. (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 41(5): 749-56. São Paulo. (SP).

Torriani, C.; Mota, E.P.O.; Kazurayama, S.H.P.; Burin, S.R.; Mengatti, T.; Caminho, J. *et al.* (2007). Relação entre independência e o nível de disfunção motora e funcional em pacientes hemiparéticos. *Revista Neurociências*, 15(1): 33-8. Belo Horizonte (MG).

Viana, F.P.; Lorenzo, A.P.C.; Oliveira, E.F. & Mendes, R.S. (2008). Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(1). Rio de Janeiro (RJ).

Recebido em 12/09/2011

Aceito em 30/09/2011

Pietro Araújo dos Santos - Graduando do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA).

E-mail: pietro.fisio@yahoo.com.br

Tatiane Dias Casimiro Valença - Fisioterapeuta. Mestre em Enfermagem e Saúde, PPGES/UESB. Professora Auxiliar do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA).

E-mail: tatidcv@ig.com.br

Camila Rego Amorim - Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Auxiliar do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA).

E-mail: camilafisio_amorim@hotmail.com