

---

**NÚCLEO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – NCBS**

23

R  
E  
V  
I  
S  
T  
A



24

R  
E  
V  
I  
S  
T  
A

---

**ACESSIBILIDADE E HEMIPARESIA: influência de barreiras arquitetônicas na participação social de indivíduos após ave**  
*aACCESSIBILITY AND HEMIPARESIS: influence of architectural barriers on social participation of individuals after stroke*

Fábio Scachetti<sup>6</sup>  
Cristhiane Yumi Yonamine<sup>7</sup>  
Aline de Souza Freitas<sup>8</sup>  
Patrícia Morselli Fernandes Rubo<sup>9</sup>  
Heloísa Freiria Tsukamoto<sup>10</sup>

**RESUMO**

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como um comprometimento neurológico focal, ou por vezes global, da função cerebral, com provável origem vascular. O quadro clínico é variável, podendo apresentar alterações que levam a limitações funcionais e na ausência de adaptações ambientais apropriadas, a acessibilidade destes indivíduos pode ser prejudicada. O objetivo do estudo foi analisar a influência das barreiras arquitetônicas sobre a qualidade de vida (QV) de indivíduos após AVE, e também, analisar a percepção que os mesmos têm acerca do comprometimento de sua vida social em função da presença destas barreiras. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa, no qual foram avaliados pacientes hemiparéticos e seus domicílios. A coleta de dados se deu através de: ficha de identificação e perfil socioeconômico, roteiro de medições de acessibilidade no domicílio; roteiro de perguntas aplicado sob a forma de entrevista semi-estruturada e o questionário de qualidade de vida (QV) *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL). Foram entrevistados quatro indivíduos, sendo três do gênero masculino. Nenhum dos pacientes possuía adaptações em seu domicílio, entretanto referiram boas condições de acesso em suas casas e bairro. No domínio papéis sociais do questionário SSQOL nenhum dos participantes obteve pontuação máxima. Outros dois domínios com baixa pontuação foram energia e memória/concentração. Conclui-se que apesar dos domicílios não possuírem nenhuma adaptação, foram considerados adequados e bons. E também, que as barreiras arquitetônicas parecem ser fatores que limitam a vida social dos indivíduos após AVE.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidente vascular encefálico; Hemiparesia; Barreiras arquitetônicas.

25

**ABSTRACT:**

Stroke is defined as a local or global neurological deficit in brain function, with probable vascular origin. The clinical characteristics are variable, and may present changes leading to functional limitations, and the lack of appropriate environmental adaptations, may impair the accessibility of these individuals. The aim of this study was to analyze the influence of architectural barriers on the quality of life (QOL) in individuals after stroke, and also to analyze the perception that they have on the impairment on their social life due to the presence of these barriers. This is a cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach, in which hemiparetic patients and their households were assessed. Data collection was performed on: identification and socioeconomic profile; script measurements accessibility record in the household; guided interview applied as a semi-structured interview; and the questionnaire of quality of life *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL). Four individuals were interviewed, being three males. None of the patients had adaptations in their households, however they referred good accessibility conditions in their houses and neighborhood. In the field of social roles of the questionnaire SSQOL, none of the participants got the maximum score. Other two fields with low score were energy and memory/concentration. It has been concluded that despite of the households do not have any adaptation, they were considered adequate and good. Moreover, the architecture barriers may be factors that limit the social life of individuals after stroke.

**KEYWORDS:** Stroke; Hemiparesis; Architectural accessibility.

6 Fisioterapeuta, Centro Universitário Filadélfia – UniFil (autor principal).

7 Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

8 Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia em Pediatria, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

9 Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional Adulto, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

10 Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional Adulto, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, e-mail: heloisa.tsukamoto@unifil.br.

## 1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como um comprometimento neurológico focal, ou por vezes global, da função cerebral, de ocorrência súbita e de duração maior que 24 horas, podendo causar a morte do indivíduo, com provável origem vascular (OMS, 2006). É uma síndrome originada por distúrbios da circulação encefálica, decorrente de um processo anatomopatológico nos vasos sanguíneos (GARANHANI et al., 2010).

Garanhani et al. (2010) descreve o quadro clínico do paciente que sofreu um AVE como variável, e de acordo com o local e a extensão da lesão vascular pode apresentar diversas alterações sensoriais, motoras, cognitivas e perceptuais, causando incapacidades relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, à espasticidade, ao controle dos esfíncteres, à realização das atividades de vida diária (AVDs), aos cuidados pessoais, à linguagem, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional e lazer, comprometendo a vida do paciente de forma intensa e global (CRUZ; DIOGO, 2009).

Dentre as alterações motoras, a hemiparesia se destaca como a mais frequente manifestação, sendo caracterizada por perda parcial de força muscular no hemicorpo contralateral à lesão encefálica, provocando, assim, déficits negativos em relação à qualidade de vida (QV) do paciente (SCALZO et al., 2010). É considerada como incapacitante, pois leva à perda da seletividade dos movimentos provocada pelo predomínio da musculatura antagonista, e com isso dificulta a realização das AVDs, prejudica o retorno ao trabalho e a participação social, levando a prejuízos na recuperação do paciente (MARINO JUNIOR et al., 2005).

26

Com isso, as pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida devem sempre interagir com o meio sociocultural em que vivem, pois quando esta população estiver em um meio que os restrinja, tanto no aspecto de mobilidade quanto no de acessibilidade, maior será a queda da QV destes pacientes (AMARAL et al., 2012). A limitação funcional está intimamente ligada à deficiência física e, na ausência de adaptações ambientais, a acessibilidade e a participação social destes indivíduos ficarão prejudicadas (GASPAROTO; ALPINO, 2012). As condições de acessibilidade e barreiras arquitetônicas no domicílio dos indivíduos dificultam ou impedem a acessibilidade dos mesmos, tornando-se assim um fator limitante para o paciente (GARANHANI et al., 2010).

Neste sentido, torna-se relevante identificar as barreiras arquitetônicas enfrentadas pelos pacientes após AVE e verificar, ainda, o quanto as mesmas interferem na QV, com relação à participação social destes indivíduos na comunidade.

Assim, os objetivos deste estudo foram: 1) analisar a influência das barreiras arquitetônicas sobre a QV de indivíduos após AVE; e também, 2) analisar a percepção que os mesmos tem acerca do comprometimento de sua vida social em função da presença de barreiras arquitetônicas.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com abordagem quanti-qualitativa, realizado nos domicílios dos sujeitos de pesquisa.

## 2.2 Amostragem

Participaram da pesquisa indivíduos com diagnóstico clínico de AVE, que apresentavam sequelas leves, moderadas ou graves, residentes no município de Londrina, Paraná (PR), em tratamento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, ou em outra instituição.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, que estivessem em tratamento fisioterapêutico. Foram excluídos os sujeitos que apresentavam quadro de afasia motora ou sensitiva, e aqueles que obtiveram pontuações inferiores a 19 (BRUCKI et al., 2003) no Mini-exame do Estado Mental (MEEM).

## 2.3 Instrumentos de coleta de dados e variáveis

Para a coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos de avaliação:

1. Ficha de identificação e perfil socioeconômico, elaborado pelo pesquisador, com questões referentes aos dados pessoais, história da doença, escolaridade, renda familiar mensal, moradia e transporte.
2. Questionário *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL), específico para avaliar a QV de indivíduos com sequelas de AVE, já traduzido e validado para a língua portuguesa. Este instrumento contém 49 itens, subdivididos em 12 dimensões, sendo que o escore varia de 49 a 245 pontos. As 12 dimensões contemplam questões referentes à energia (escore varia de 3 a 15 pontos), papéis familiares (de 3 a 15 pontos), linguagem (de 5 a 25 pontos), mobilidade (de 5 a 30 pontos), humor (de 5 a 25 pontos), personalidade (de 3 a 15 pontos), autocuidado (de 5 a 25 pontos), papéis sociais (de 5 a 25 pontos), memória/concentração (de 3 a 15 pontos), função da extremidade superior (de 5 a 25 pontos), visão (de 3 a 15 pontos) e por fim trabalho/produktividade (de 3 a 15 pontos), sendo que quanto maior o escore, melhor a QV dos indivíduos (LIMA et al., 2008; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Estudos apontam que escores inferiores a 60% (<147 pontos) são definidos como baixa QV (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Esta nota de corte foi adotada no presente estudo.
3. *Check list* para a avaliação das condições de acessibilidade e barreiras arquitetônicas no domicílio. Este instrumento foi adaptado pelo pesquisador segundo padrões de referência da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), contendo 10 itens que permitiram verificar a presença de adaptações, as medidas dos cômodos e espaços de circulação no domicílio.
4. Roteiro de perguntas contendo questões referentes à sua rotina diária, condições de acessibilidade em seu domicílio e no seu bairro, problemas relacionados à locomoção, transporte público e privado e, por fim, a percepção dos indivíduos sobre sua participação na comunidade em relação às condições de acesso. Este roteiro foi aplicado sob a forma de entrevista semi-estruturada, sendo gravada em sua totalidade, pelo pesquisador.

## 2.4 Procedimentos do estudo

As visitas foram agendadas no domicílio do paciente conforme disponibilidade dos participantes. Inicialmente, foram coletados os dados das fichas de identificação e perfil socioeconômico e aplicado o questionário SSQOL. Em seguida, deu-se início à entrevista semi-estruturada. E, por fim, foram verificados os itens do *check list* no domicílio do sujeito de pesquisa.

## 2.5 Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada de forma descritiva, em virtude do tamanho da amostra. Os pacientes foram identificados com a letra “P” seguidos de um número arábico, de acordo com a ordem das visitas domiciliares.

Os dados da entrevista semi-estruturada foram transcritos em sua totalidade, e posteriormente, analisados através do método de análise de conteúdo, sendo determinadas as categorias relacionadas ao conteúdo exposto pelos participantes.

## 2.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia – UniFil (parecer nº 292.670/2013), estando de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, sendo que a coleta de dados teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

28

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo quatro indivíduos portadores de sequelas de AVE, sendo três do gênero masculino e uma do gênero feminino com média de idade de 47 anos. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra do estudo.

Nesta amostra, observou-se que três indivíduos tinham baixa escolaridade, e isto, quando combinado com fatores socioeconômicos, culturais e falta de informação, afetam diretamente a prevenção e o tratamento do AVE (AMARAL et al., 2012; LIMA, 2010; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; SANTOS et al., 2013). Sendo a baixa escolaridade um dos fatores que afetam diretamente o tratamento e a prevenção do AVE, os profissionais da área da saúde devem realizar ações educativas sobre os agravos à saúde, utilizando de diversas tecnologias que permitam a efetiva compreensão (SANTOS et al., 2013).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo.

	Gênero	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	Tempo de doença	Tempo de Fisioterapia	Mora com
<b>P1</b>	M	61	ensino fundamental incompleto	comerciante	8 anos	8 anos	3 pessoas
<b>P2</b>	M	65	ensino fundamental incompleto	aposentado	13 anos*	7 meses	1 pessoa
<b>P3</b>	F	45	ensino fundamental incompleto	repositora	3 meses	3 meses	1 pessoa
<b>P4</b>	M	18	ensino médio completo	desempregado	4 meses	4 meses	2 pessoas

Notas: M – gênero masculino; F – gênero feminino.

\* este participante apresentou um novo episódio de AVE há 1 ano e 4 meses.

No questionário SSQOL, dois participantes (P1 e P4) apresentaram pontuações superiores a 147 pontos, e os outros dois (P2 e P3) pontuações inferiores a este valor, evidenciando pior percepção de QV por esses participantes. Os domínios que apresentaram pontuações mais baixas para todos os participantes foram energia e memória/concentração. Contudo, em outros domínios alguns indivíduos obtiveram pontuações baixas, como papéis familiares, linguagem, humor, personalidade e trabalho/produktividade. No domínio papéis sociais nenhum participante atingiu a pontuação total, de 25 pontos. Os valores estão mostrados na tabela 2.

Tabela 2 – Pontuação obtida no questionário SSQOL.

Domínios do SSQOL	P1	P2	P3	P4
<b>Energia</b>	07	08	05	05
<b>Papéis familiares</b>	15	04	05	06
<b>Linguagem</b>	16	06	05	25
<b>Mobilidade</b>	18	14	22	29
<b>Humor</b>	25	09	11	14
<b>Personalidade</b>	11	03	03	13
<b>Auto-cuidado</b>	20	14	23	25
<b>Papéis sociais*</b>	15*	08*	10*	15*
<b>Memória/concentração</b>	08	07	03	05
<b>Função da extremidade superior</b>	24	15	18	25
<b>Visão</b>	14	10	09	15
<b>Trabalho/produktividade</b>	12	07	08	12
<b>Total</b>	185	105	122	189

29

Em um estudo realizado por Cordini (2005) utilizando o SSQOL com 24 pacientes, foi observado que o domínio papéis sociais foi o mais prejudicado nesta amostra, seguido por energia e trabalho/produktividade. Os domínios menos afetados foram visão, humor e papéis familiares. Os valores nos domínios do presente estudo também se mostram baixos em papéis sociais (P1, P2, P3 e P4), energia (P1, P3 e P4) e trabalho/produktividade (P2 e P3). No entanto, o domínio papéis familiares se mostrou baixo neste estudo, divergindo-se do estudo de Cordini (2005).

De modo semelhante, Lima (2010) em seu estudo com 82 indivíduos, também com o SSQOL, encontrou pontuações baixas nos domínios papéis sociais e energia, além de prejuízos no domínio personalidade (P2 e P3), como observado neste estudo. Delboni, Malengo e Schmidt (2010) também verificaram menor pontuação no domínio de papéis sociais, ao entrevistarem 15 pacientes através do SSQOL.

Para Gasparoto e Alpino (2012), a limitação funcional parece estar intimamente relacionada com a deficiência física e com a ausência de adaptações ambientais e de acessibilidade, prejudicando a participação social destes indivíduos.

E ainda, para Dischinger (2004) e Liao, Lau e Pang (2012), a dificuldade ou a incapacidade dos indivíduos com deficiência física de realizar alguma atividade não está apenas associada à limitação funcional, mas também com a interação que o indivíduo tem com meio onde está inserido, podendo este desempenhar um papel fundamental no declínio da participação social de tais indivíduos.

Observou-se ainda pontuação baixa no domínio trabalho/produktividade (P2 e P3),

como encontrado por Gunaydin (2010), sendo este o domínio mais prejudicado em sua pesquisa. Lima (2010) diz que os pacientes que sofreram AVE e que não voltaram a trabalhar sofrem declínio em sua QV, dado ao fato de que o trabalho não é apenas questão de sobrevivência, mas sim se *status* social, relações sociais e autocuidado.

Nota-se assim a importância do processo de reabilitação na vida destes pacientes, a fim de promover melhorias na função física, sendo também necessário verificar como estão as condições de acesso para tais indivíduos, para que os mesmos se sintam úteis e capazes de realizar alguma atividade profissional, melhorando suas relações sociais e consequentemente sua QV.

O *check list* de acessibilidade e barreiras arquitetônicas mostrou que três pacientes residiam em casa térrea e apenas um morava em apartamento. Quando questionados sobre os cômodos mais utilizados em sua rotina de vida diária os participantes relataram ser a sala, o quarto, o corredor e o banheiro. Para melhor visualização, os dados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – *Check list* de acessibilidade e barreiras arquitetônicas.

<i>Check list</i>	P1	P2	P3	P4
<b>Moradia</b>	Apto	Casa	Casa	Casa
<b>Calçada em frente o domicílio?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Largura da calçada maior que 1,20 m, livre de obstáculo?</b>	Não	Não	Sim	Sim
<b>Portas com vão livre mínimo de 0,80 m?</b>	Sim	Não	Sim	Sim
<b>Maçanetas do tipo alavanca, entre 0,9 a 1,1 m do piso?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Rampas nas portas?</b>	Não	Não	Não	Sim*
<b>Dispositivos (interruptor, tomada) em altura padrão?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Banheiro com livre acesso? (porém, sem adaptação)</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Espaço de circulação adequado?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Cama padrão no dormitório?</b>	Sim	Sim	Sim	Sim

Notas: apto – apartamento; casa – casa térrea.

\* Já presente no local, antes do episódio de AVE.

Vários estudos discutem a acessibilidade em indivíduos com alguma deficiência física (AMARAL et al., 2012; CASTRO et al., 2011; LAMÔNICA et al., 2008; URIMUBENSHI; RHODA, 2011; VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006). No entanto, poucos estudos abordam a acessibilidade domiciliar, como destaca Gasparoto e Alpino (2012). O *check list* realizado neste estudo evidenciou que apesar das medições, em sua grande maioria, estarem de acordo com a ABNT, apenas um paciente possuía adaptação em seu domicílio (rampa), sendo que a mesma já estava presente antes da lesão.

No estudo de Gasparoto e Alpino (2012), observou-se carência no mobiliário e de recursos adaptados para crianças com deficiência física, como nesta pesquisa. Vasconcelos e Pagliuca (2006) realizaram um estudo para mapear a acessibilidade nos serviços básicos de saúde, onde foi observada, por exemplo, a presença de calçadas com obstáculos e a ausência de rebaixamento do meio fio. A maioria das unidades de saúde possuía rampas com corrimão e corredores com largura adequada. Contudo, os banheiros não tinham espaço suficiente para manuseio da cadeira de rodas, e não possuíam barras horizontais.

Neste contexto, os mesmos autores destacam que um ambiente devidamente adequado para as limitações funcionais do indivíduo que lá está inserido proporciona



convívio social, atuação educacional e profissional, independência nas atividades de vida diária, participação social e bem estar pessoal.

E, por fim, através das entrevistas foi possível constituir cinco categorias: 1) Mudança na rotina diária, 2) Condições de acessibilidade e locomoção no domicílio, 3) Condições de acessibilidade e locomoção no bairro, 4) Dificuldades nos meios de transporte e 5) Percepção da restrição social.

### **1) Mudança na rotina diária.**

Observou-se que o AVE provocou mudanças da rotina diária dos indivíduos, onde os relatos apontam a existência de dificuldades para higiene, como tomar banho, e para alimentação e locomoção:

*“Não, provocou sim, se tornou mais difícil né [...], tomar banho, trocar de roupa. Quando eu estou com pressa, a esposa que troca né[...]. O andar né.” (P1)*

*“Provocou né, que eu não ando, não saio na rua, não vou ao banheiro sozinho, é uma dificuldade grande né, comer e tomar banho também.” (P2)*

Em um estudo qualitativo realizado com dez indivíduos por Urimubenshi e Rhoda (2011), na África, pode-se observar os relatos de dificuldade com relação ao uso do banheiro, pois nenhum destes estava adaptado, como neste estudo. Outro estudo realizado por Garanhani et al. (2010) com nove indivíduos, pode constatar medidas irregulares nos banheiros, como largura das portas, altura da pia e do vaso sanitário.

Tais dificuldades observadas neste estudo, pelos indivíduos entrevistados, sugerem que as condições de acesso podem estar ligadas às mudanças na rotina diária do indivíduo, pois o mesmo se encontra com limitações funcionais e o ambiente em que vive não está adaptado para essas mudanças, ocorrendo assim um prejuízo na vivência de sua rotina diária.

31

### **2) Condições de acessibilidade e locomoção no domicílio.**

A percepção das condições de acessibilidade e locomoção no domicílio em que vive cada participante, foram consideradas como boas, tanto no aspecto de acessibilidade como no de locomoção, por três participantes:

*“Agora é até bom né, normal, praticamente normal aqui [...], consigo ir em todos os cômodos pela casa.” (P1)*

*“Não tenho dificuldade de andar pela casa, está tudo bem, os móveis são bem dispostos.” (P2)*

Alguma dificuldade nas condições de acessibilidade foi relatada por P3, mas quando questionado em relação à locomoção em seu domicílio, este relata não ter problema:

*“Eu tenho ainda dificuldade, mas é bom as coisas.” (P3)*

O relato de não ter boas condições de acesso é evidenciado pelos resultados apresentados pelos dados do *check list* de acessibilidade e barreiras arquitetônicas, onde não foram encontradas adaptações nos domicílios. A percepção de P3, de não sofrer dificuldades de locomoção, pode estar associada à adaptação da mesma ao ambiente em que vive diariamente.

De acordo com Gasparoto e Alpino (2012), a eliminação das barreiras arquitetônicas pode facilitar o desempenho funcional de pacientes com deficiência física, para atividades

R  
E  
V  
I  
S  
T  
A

de autocuidado, mobilidade e comunicação.

### **3) Condições de acessibilidade e locomoção no bairro.**

As condições de acessibilidade no bairro em que vivem os participantes foram consideradas ruins por dois deles:

*“Ah no bairro, não está bom. Saio de carro. Fomos na igreja a pé demoramos uma hora, mas chegamos [...] Tem muito buraco [...].” (P1)*

*“Tem bastante buraco, é ruim, tem buraco, calçada tudo quebrada, não tem rampa [...].” (P3)*

Os participantes P2 e P4 relataram boas condições de acesso em seu bairro, no entanto o participante P2 utiliza a cadeira de rodas para locomoção e só sai de casa com automóvel.

Quando questionados sobre as condições de locomoção no bairro em que vivem, os participantes P3 e P4 relaram piores condições:

*“À noite pra sair eu tenho, [...] às vezes pisa no buraco [...].” (P3)*

*“Às vezes. A calçada, iluminação e buraco é o difícil.” (P4)*

Já os participantes P1 e P2 relataram que não enfrentam nenhuma dificuldade com relação às condições de locomoção no bairro, porém saem de suas residências apenas com automóvel:

*“Na rua praticamente eu não saio [...], quando não vou com minha filha vou de taxi, então não enfrento problema nenhum não [...]” (P1)*

*“Não, porque minha filha me leva de carro [...].” (P2)*

Segundo relatado por Gasparoto e Alpino (2012), quanto mais independência e participação de indivíduos com deficiência física, maior a autoconfiança e melhor a inclusão social dos mesmos.

### **4) Dificuldades com os meios de transporte.**

Dois participantes (P1 e P2) relataram que utilizam transporte privado e que não enfrentam dificuldades para acessá-los:

*“Não tenho não, só que entra no carro igual mulher né, tem que ajudar um pouco a perna.” (P1)*

*“Não uso ônibus, tenho um pouco de dificuldade pra entrar no carro sim, para eu entrar no carro minha filha me leva de cadeira até a beira do carro eu pego e vou [...].” (P2)*

Os problemas enfrentados pelos dois participantes (P3 e P4) que utilizavam transporte público foram para embarcar e desembarcar do mesmo e passar pela roleta:

*“Sim, pra montar, subir no ônibus, passar na roleta, às vezes o ônibus está muito cheio não tem lugar [...].” (P3)*

*“No ônibus hoje talvez eu sinta uma leve dificuldade de subir e descer, na verdade, porque exige um pouquinho de pressa.” (P4)*

Castro et al. (2011) realizou um estudo com 25 indivíduos, onde aproximadamente metade deles utilizavam o transporte coletivo. Como neste estudo, muitos indivíduos com deficiência física utilizam o transporte coletivo, e este quando não adaptado, pode acarretar experiências desagradáveis, com situações indesejáveis e dificuldades perante

a sua limitação funcional, sendo que alguns poderão, até mesmo, não utilizar mais o transporte, provocando assim uma situação de restrição social.

#### **5) Percepção da restrição social.**

Foi observado que a participação social de três participantes (P1, P2 e P3) foi prejudicada pelas condições de acesso, segundo a percepção dos mesmos, onde enfrentaram dificuldades por conta de buracos, falta de rampas, iluminação e obstáculos na calçada:

*“Isso tem muito né, buraco, isso sempre limita um pouco né. A gente sai bastante mais andar na rua eu não ando né, o andar prejudica um pouco né meio-fio, é lombada na calçada, tem calçada que tem até degrau então é difícil né[...].” (P1)*

*“Acho que foi, eu acho que precisa melhorar bastante, as rampas, os buracos, tampar né. Tem lugar que tem luz, tem lugar que não [...]. Eu tenho medo de sair, a nossa igreja aqui é uma escuridão danada né a rua toda lascada, antes de ficar doente eu não ligava muito, mas agora eu nem vou muito porque não da pra ir mais porque fica ruim.” (P3)*

No domínio papéis sociais do questionário SSQOL nenhum dos quatro indivíduos apresentou pontuação máxima (25 pontos), sendo que P2 e P3 apresentaram os piores valores (8 e 10 pontos, respectivamente). Esta percepção de restrição social apresentada pelos indivíduos pode estar associada às dificuldades de acesso relatadas pelos mesmos nas entrevistas. Gasparoto e Alpino (2012) destacam que indivíduos com deficiência física requerem condições de acessibilidade e estrutura arquitetônica da residência, para que os mesmos possam ter mobilidade, participação, segurança e conforto.

33

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu analisar a influência das barreiras arquitetônicas sobre a QV de indivíduos após AVE, sendo possível constatar que apesar dos domicílios não possuírem adaptações, os mesmos foram considerados adequados e bons pelos participantes deste estudo. Com relação às condições de acessibilidade no bairro em que vivem, dois indivíduos relataram que são ruins.

No questionário SSQOL, os domínios com pontuações baixas para todos os participantes foram energia e memória/concentração. Além disso, pode-se observar que no domínio papéis sociais nenhum participante apresentou pontuação máxima, sendo que isto pode estar relacionado com as condições de acesso existentes no bairro onde vive o paciente.

A percepção da restrição social apresentada pelos pacientes é evidenciada pela baixa pontuação no questionário SSQOL, no domínio papéis sociais, e também nos relatos dos mesmos sobre as condições de acesso no ambiente em que vivem.

Assim, as barreiras arquitetônicas parecem ser fatores que limitam a vida social dos indivíduos após AVE, evidenciando a importância de estudos que abordem este tema.

R  
E  
V  
I  
S  
T  
A

## REFERÊNCIAS

- ABNT. NBR9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
- AMARAL, F. L. J. S. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1833-1840. 2012
- BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatria**. v. 61, n. 3-B, p. 777-781. 2003
- CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade de saúde por pessoa com deficiência. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, n. 1, p. 99-105. 2011
- CORDINI, K. L.; FURLANETTO, L. M. Estudo da qualidade de vida em pacientes internos nas enfermarias de clínica médica do HU/UFSC que sofreram Acidente Vascular Encefálico. Florianópolis. 2005. 36f. Monografia (Graduação em 2005) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- CRUZ, K. C. T; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul. Enfermagem**. v. 22, n. 5, p. 666-72. 2009
- DELBONI, M.C; MALENGO, P.C.M; SCHMIDT, E.P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 165-175. 2010
- DISCHINGER, M. Desenho universal nas escolas: acessibilidade na rede municipal de ensino de Florianópolis. Florianópolis: PRELO, 2004
- GARANHANI, M. R. et al. Adaptações da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. **Acta Fisiatrica**. v. 17, n. 4, p.164-168. 2010
- 34 GASPAROTO, M. C; ALPINO A. M. S. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. **Rev. Bras. de Educação Especial**. Marília, v. 18, n. 2, p. 337-354, abr.-jun. 2012
- GUNAYDIN, R. et al. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. **Arch. Gerontol. Geriatr**. Jun 30. 2010
- LAMÔNICA, D. A. C. et al. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru. **Rev. Bras. Ed. Esp**. Marília, v. 14, n. 2, p. 177-188. 2008
- LIMA, M. L; SANTOS, J. L. F. Qualidade de vida de indivíduos com Acidente Vascular Encefálico e de seus cuidadores. Riberão Preto. 2010. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Riberão Preto-USP
- LIMA, R. C. M. et al. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v. 12, n. 2, p. 149-56, mar.-abr. 2008
- LIAO, L.; LAU, R. W. K.; PANG, M. Y. C. Measuring environmental barriers faced by individuals living with stroke: development and validation of the Chinese version of the Craig Hospital Inventory of environmental factors. **J Rehabil Med**, v. 44, p. 740-746. 2012
- MARINO JUNIOR, N. W. et al. Intervenção fisioterapêutica na síndrome do ombro doloroso em portadores de hemiplegia. **Arq. Ciência Saúde**. v. 12, n. 4, p. 220-22, out.-dez. 2005
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>>. Acesso em 22 de Setembro de 2013
- RANGEL, E. S. S; BELASCO, A. G. S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 26, n. 2, p. 205-212. 2013

SANTOS, N. M. F. et al. Functional capacity and quality of life of elderly people with a history of stroke. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 35, n. 1, p. 49-57, jan-june. 2013

SCALZO, P. L. et al. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia PUC Minas Betim. **Rev. Neurociências**. v. 18, n. 2, p.139-144. 2010

URIMUBENSHI, G; RHODA, A. Environmental barriers experiences by stroke patients in Musanze district in Rwanda: a descriptive qualitative study. **African Health Sciences**. v. 11, n. 3, setembro. 2011

VASCONCELOS, L. R; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enfermagem**. v. 10, n. 3, p. 494-500, dezembro. 2006