

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE FISIOTERAPIA

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE
FISIOTERAPIA EM BRASÍLIA

MÔNICA FERNANDES BIAGI
VÍVIAN MARTINS TOMÉ DE SOUSA

BRASÍLIA
2010

MÔNICA FERNANDES BIAGI
VÍVIAN MARTINS TOMÉ DE SOUSA

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM INDÍVIDUOS COM SEQUELAS DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE
FISIOTERAPIA EM BRASÍLIA

Trabalho de conclusão de curso
Orientadora: Prof. Mara Cláudia Ribeiro.

BRASÍLIA
2010

Resumo

Contexto: O Acidente Vascular Encefálico é a principal causa de internações, mortalidade e deficiências. É considerada uma doença crônica e incapacitante devido suas seqüelas gerarem dependência e alterações na qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida, inclusive os domínios mais prejudicados, de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico, atendidos em um Centro de Fisioterapia. **Métodos:** Estudo transversal com 11 voluntários, no qual foram colhidos dados pessoais e relacionados á patologia, função cognitiva com o Mini-Mental e qualidade de vida com o SF - 36. **Resultados:** Os voluntários avaliados apresentaram média etária de 53,6 (\pm 14,2) anos, sendo 54,5 % homens e 45,5% mulheres e com predomínio do nível médio completo para o grau de escolaridade. Destes 90,9% eram destros, com tempo médio de lesão de 68,45 meses, predominando a hemiparesia E (54,5%). Os domínios do SF - 36 obtiveram as seguintes médias: capacidade funcional 51,4, limitação por aspectos físicos 43,2, dor 72, estado geral de saúde 79,9, vitalidade 68,2, aspectos sociais 72,7, limitação por aspectos emocionais 60,6, saúde mental 70,2. **Conclusão:** Foi constatado nos voluntários avaliados alteração na qualidade de vida e que o domínio com maior prejuízo nesse grupo foi limitação por aspectos físicos.

Palavras- chaves: qualidade de vida, SF-36, acidente vascular encefálico.

Abstract

Context: Stroke is the leading cause of hospitalizations, mortality and deficiencies. It is considered a chronic and disabling sequelae due generate dependency and changes in quality of life.

Objective: To evaluate the quality of life of individuals with stroke enrolled in a physical therapy center and to analyze the aspect of quality of life is more impaired. **Methods:** Cross-sectional study with 11 volunteers, which were collected personal data and related pathology, cognitive function with Mini-Mental and quality of life with the SF-36. **Results:** The subjects evaluated had a mean age of 53,6 \pm 14,2 years, 54,5 % of them males and 45,5% females and predominantly middle level to complete the schooling. Of these 90,9% right-handed, with a mean lesion of 68,4 months, predominantly left hemiparesis (54,5%). The SF-36 received the following averages: functional capacity 51,4, physical aspects limitation 43,2, pain 72, general health 79,9, vitality 68,2, social aspects 72,7, emotional aspects limitation 60,6, mental health 70,2. **Conclusions:** It was found in volunteers assessed change in quality of life and that domain with greater impairment in this group was limited by physical factor.

Key-words: quality of life, SF-36, stroke

1 Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é o surgimento agudo de uma disfunção neurológica devido a uma anormalidade na circulação cerebral, tendo como resultado sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais do cérebro. Esses sinais e sintomas devem persistir por pelo menos 24 horas (O'SULLIVAN, 2004).

A causa mais comum de AVE é a obstrução de uma das artérias cerebrais importantes (média, posterior e anterior, em ordem decedente de frequência) ou de seus ramos perfurantes menores que vão para as partes mais profundas do cérebro (DURWARD et.al., 2000), caracterizando o mecanismo isquêmico. Esse mecanismo ocorre em decorrência de trombos, embolismo ou problemas que causem baixas pressões de perfusão sistêmica, sendo um dos principais mecanismos que acarretam os AVEs. Outro mecanismo é o hemorrágico, que segundo Durward et.al. (2000), ocorre em decorrência do enfraquecimento das paredes arteriais, as quais desenvolvem pequenas herniações ou microaneurismas que podem romper-se.

O AVE é a principal causa de internações, mortalidade e deficiências na população brasileira, superando as doenças cardíacas e o câncer, as quais são as duas primeiras causas de morte nos países industrializados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Está descrita a ocorrência de 700.000 casos de AVE anuais, sendo 500.000 novos e 200.000 recorrentes, totalizando, na população mundial, aproximadamente 3,89 milhões de indivíduos sobreviventes a esta afecção (ROTH apud XEREZ et.al., 2004).

Os sintomas do AVE depende de vários fatores como, o mecanismo de lesão, o local da lesão, a natureza e função das estruturas envolvidas. Sintomas neurológicos específicos incluem fraqueza ou perda sensitiva de um lado do corpo, dificuldade de andar, perda de visão (hemianopsia), visão dupla, disartria, alterações das funções cognitivas superiores (disfasia, confusão, desorientação espacial, apercepção, distúrbio de memória), cefaléia ou surdez unilateral. Essas alterações podem ocorrer isoladamente ou em diversas combinações (ROWLAND, 2002).

O AVE ocasiona alterações que podem resultar em uma importante diminuição da qualidade de vida dos indivíduos em função das alterações de humor, aumento da dependência de outras pessoas para as atividades da vida diária e uma interferência na interação social com os amigos e os membros da própria família (PERLINI et.al., 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, *qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. A qualidade de vida é avaliada de forma subjetiva e multidimensional, ou seja, avaliada pela própria pessoa em diferentes domínios (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida (QV) dos indivíduos com AVE atendidos em um Centro de Fisioterapia em Brasília.

2 Metodologia

Foi realizado um estudo transversal descritivo em um Centro de fisioterapia nos meses de abril e maio de 2010. O projeto foi aprovado sob o número CAAE 0013/10 TCC 011/10, no Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (Anexo 1).

Foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico de AVE que realizavam tratamento em um Centro Clínico de Fisioterapia nos turnos da manhã e da tarde. Os critérios de inclusão foram que esses indivíduos apresentassem diagnóstico de AVE e que realizassem tratamento em um Centro de fisioterapia e como critérios de exclusão os indivíduos que apresentassem déficit cognitivo, afasia ou que se recusassem a participar da pesquisa. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos que seriam realizados e concordando assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice). Destes, foram excluídos 4 indivíduos que apresentaram déficit cognitivo, uma vez que limitava a aplicação do questionário SF - 36 (Anexo2), e 1 voluntário que se recusou a participar da pesquisa.

Para a Coleta de dados foi utilizada uma ficha de identificação (Anexo 3) com dados pessoais e relacionados à patologia; a aplicação do questionário Mini Mental State Examination (MMSE) – (Anexo 4) e do questionário SF - 36.

Com o objetivo de facilitar a investigação de possíveis déficits cognitivos que interfeririam em um resultado confiável da pesquisa, foi aplicado o MMSE, introduzido primeiramente por Folstein et al.; esse questionário é de simples aplicação por ser curto e objetivo, sendo administrado em 5 a 10 minutos (FOLSTEIN et. al., 1975). Composto por várias questões distribuídas em 7 categorias, e todas elas, apresentando o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). Seu escore sofre uma variação de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos (TOMBAUGH; MCINTYRE, 1992). Devido ao escore total do MMSE depender do nível educacional de cada indivíduo, para se ter o diagnóstico de declínio cognitivo foi proposta a utilização de pontos de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade. Considera-se com defeito cognitivo: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa / média e 26 para alta escolaridade (BERTOLUCCI et. al., 1994).

Através do questionário SF - 36, foi avaliada a qualidade de vida dos pacientes com AVE, sendo esta uma versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1999). Esse questionário é constituído por 36 itens, divididos em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) englobando também mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a do ano anterior (MORENO, et. al., 2009). Os escores finais de cada componente do SF - 36 foram realizados através do somatório dos itens de cada questão, obtendo a pontuação dos dados que foram transformados em valores de 8 domínios que variam de 0 a 100 pela aplicação do Cálculo da Raw Scale (Anexo 5), onde 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde; não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, isso evita a falha de não identificar os reais problemas relacionados à condição do paciente (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras, sendo uma no turno da manhã e outra no turno da tarde. A aplicação do questionário foi realizada pelas mesmas através da leitura idêntica das questões e os voluntários responderam a tal, da maneira

como entenderam as perguntas, sem apresentar interferência das pesquisadoras nas suas respostas.

Para a análise dos dados, foi realizada a porcentagem dos dados nominais, a média, desvio padrão, mínimo e máximo dos dados numéricos e a média geral dos avaliados para cada domínio do SF-36.

3 Resultados

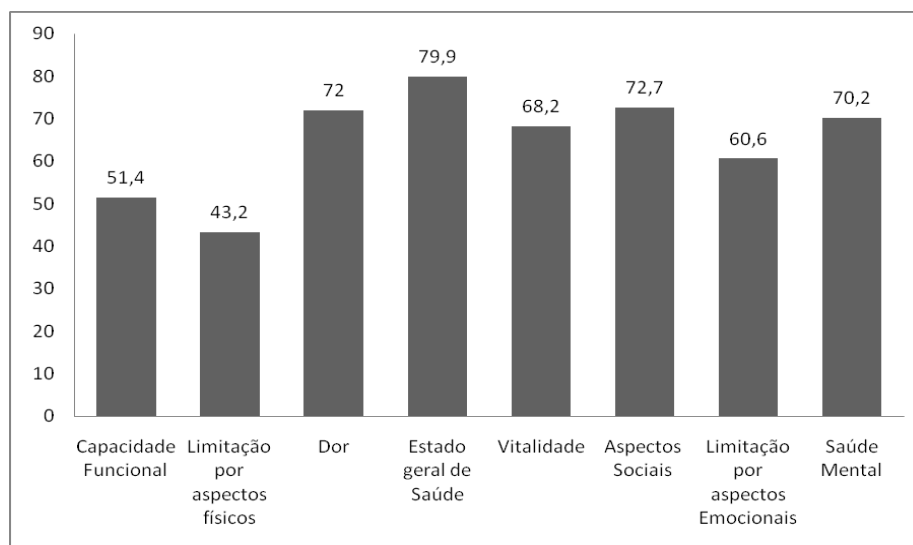
A amostra foi composta por 11 participantes. Destes 54,5 % eram homens, a média de idade foi 53,6 ($\pm 14,2$) anos, 36,4% apresentavam nível médio completo de escolaridade, 90,9% da amostra era destra. A média do tempo de lesão foi de 75,2 meses, predominando a hemiparesia E (54,5%) e a média dos escores do MMSE 24,1 pontos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Médias apresentadas com um desvio padrão. AVE, Acidente Vascular Encefálico.

Voluntário	Sexo	Idade (anos)	Nível de escolaridade	Dominação	Tempo de AVE (meses)	Hemiparesia	Minimal
1	M	50	Médio	Destro	60	E	29
2	F	32	superior incompleto	Destro	50	E	23
3	F	31	médio	Destro	72	D	26
4	F	70	médio incompleto	Destro	72	E	18
5	F	50	fundamental	Destro	16	D	30
6	F	63	fundamental incompleto	Destro	23	E	22
7	M	43	médio	Destro	17	E	28
8	M	55	médio	Destro	79	E	27
9	M	72	fundamental incompleto	Destro	112	D	21
10	M	56	fundamental	Sinistro	252	D	26
11	M	68	fundamental incompleto	Destro	75	D	18
Média + desvio padrão	-	53,6+14,2	-	-	75,2+65,6	-	24,1+4,7
Mínimo	-	31	-	-	17	-	16
Máximo	-	72	-	-	252	-	30

Dos resultados obtidos através do SF -36 verificou-se a média dos domínios: capacidade funcional 51,4 pontos; limitação por aspectos físicos 43,2 pontos; dor 72 pontos; estado geral de saúde 79,9 pontos; vitalidade 68,2 pontos; aspectos sociais 72,7 pontos; limitação por aspectos emocionais 60,6 pontos e saúde mental 70,2 pontos (Gráfico I).

Gráfico I: Dados do Questionário SF-36.



4 Discussão

Neste estudo foi observado prejuízo na QV dos participantes avaliados pelo SF – 36, principalmente nos domínios: limitação por aspectos físicos, capacidade funcional e limitação por aspectos emocionais. O AVE gera conseqüências que podem incluir: deficiências do sistema motor, sistema sensorial, dificuldades cognitivas, alterações emocionais, distúrbios na comunicação, na memória, alterações viscoespaciais e dificuldades perceptuais (MEDEIROS et. al., 2002), essas possíveis sequelas podem ocasionar novas adaptações na vida do indivíduo.

O domínio mais prejudicado na amostra foi a limitação por aspectos físicos. Um indivíduo que tenha sofrido AVE pode apresentar deficiência motora, que seria a paralisia ou paresia dos músculos no hemicorpo contralateral a área da lesão

cerebral (MEDEIROS et. al., 2002), sendo que as reações posturais automáticas (de retificação, equilíbrio e extensão protetiva) não funcionam no hemicorpo afetado, interferindo na realização de atividades funcionais (BOBATH, 2001), dessa forma o comprometimento físico causado após o AVE afeta significativamente a capacidade funcional dos indivíduos dificultando a realização das atividades diárias e levando a um decréscimo na qualidade de vida conforme observado por Teixeira e Silva (2009). Alterações no tônus muscular podem ser observadas após o AVE. No primeiro momento ocorre uma flacidez com perda inicial da função voluntária, posteriormente, ocorre um aumento do tônus muscular gerando uma espasticidade que além de ocorrer no braço e perna também ocorrem na musculatura da cabeça, pescoço e tronco, incapacitando a realização da amplitude do movimento normal (RYERSON, 1994). Os pacientes por esse motivo tendem a não utilizar os membros afetados o que agrava ainda mais o padrão de espasticidade (RYERSON, 2004). Assim, a perda de mobilidade no tronco e nas extremidades, os padrões atípicos de movimento, as estratégias compensatórias e ações involuntárias também contribuem para a perda da independência na vida diária (RYERSON, 2004). Sendo confirmado em um estudo realizado com 44 idosos que apresentavam seqüelas de AVE, do qual observou-se alteração na capacidade funcional devido a alterações próprias da doença e a influência da hemiparesia na independência funcional, prejudicando a autonomia e a realização das AVD's (CRUZ; DIOGO, 2009).

Alterações nos componentes biomecânicos e conseqüentemente o comprometimento funcional do equilíbrio, que podem estar presentes devido a mudanças no tônus, fraqueza muscular e hemiplegia, acarretando modificações no padrão da marcha e ocasionam quedas, em decorrência da adoção de movimentos compensatórios indesejáveis na tentativa de dar continuidade aos movimentos (RYERSON, 2004; GIRIKO et. al., 2006; OLIVEIRA, 2008).

Outra alteração que pode ocorrer devido ao AVE são os distúrbios sensoriais. A sensibilidade tátil ou proprioceptiva parcial está presente na maioria dos casos, nesse ponto o paciente é capaz de sentir o toque, porém não consegue definir o local exato, ou pode sentir um estímulo de pressão e ser incapaz de sentir mudanças na temperatura, ou seja, as seqüelas sensitivas podem ser total ou parcial, sendo observadas em pacientes

hemiplégicos. (RYERSON, 1994), Portanto em função dessas mudanças, os indivíduos precisam, muitas vezes, de se readaptarem para a realização das atividades do cotidiano, o que pode influenciar na sua qualidade de vida, sendo comprovada no presente estudo.

A presença do ombro doloroso pode ser definida como sendo uma das complicações mais frequentes após um AVE (PINEDO; DE LA VILLA, 2001) podendo também ser um fator resultante da hemiplegia (ARAS et al., 2004). Santos; Festas, 2008; relata a existência do ombro doloroso como um fator agravante para baixos níveis de funcionalidade, e Lindgren et al. (2006) acrescenta que a dor no ombro restringe a vida cotidiana dos indivíduos. Desta forma pode-se concluir que o estímulo doloroso também exerce influência negativa sobre a capacidade funcional.

Outro aspecto encontrado no estudo foi a limitação por aspectos emocionais, que segundo Falcão, et. al. (2004) ocorre devido a mudança na vida pessoal em decorrência da modificação da autonomia e auto-estima do indivíduo, podendo ser influenciado por componentes negativos, como a depressão e o estresse. Em um estudo realizado com 6 voluntários com o objetivo de demonstrar a percepção da pessoa com AVE, verificou-se que esses indivíduos possuem alterações na capacidade funcional e que em consequência desse comprometimento, os aspectos emocionais são influenciados. Nesta pesquisa, constatou-se que em função da diminuição da independência e autonomia essas pessoas sentem-se ansiosas, deprimidas, possuem alteração no bem-estar, perda da auto-estima, além de afastamentos das pessoas, interferindo nos relacionamentos familiares e sociais (PERLINI et.al., 2007). Essa interferência nas relações sociais não foi comprovada de forma significativa nesse estudo, pois o resultado do aspecto social, o qual avalia o modo como a saúde física ou os problemas emocionais dos pacientes influenciam nas suas atividades sociais normais realizadas durante as quatro semanas. (CESÁRIO et.al., 2006), não obteve escore baixo em relação aos outros domínios.

As alterações emocionais e físicas decorrentes do AVE influenciam na vitalidade desses indivíduos, que além da diminuição da força muscular, falta de energia e não somente a fadiga, eles se encontram muitas vezes desanimados e desmotivados para as atividades de vida diária, justificando o resultado encontrado nessa pesquisa.

A capacidade que o indivíduo apresenta de conviver com suas limitações e o juízo de valores que ele faz sobre si se correlaciona com o domínio saúde mental, que não estar ligada a alteração mental causada pela doença (COSTA; DUARTE, 2002), é a percepção e adaptação da própria pessoa em meio às seqüelas. Em um estudo realizado por Clarke em 2002 com 339 sobreviventes de AVE concluiu que essas pessoas relatam pior saúde mental e que possuem bem-estar psicológico diminuído, o que reafirma o conceito de Costa (2002), além de corroborar com o dado encontrado neste estudo.

O estado geral de saúde foi o domínio que obteve maior valor de média e que segundo Costa (2002) esse aspecto é avaliado pelo SF-36 de forma subjetiva, ou seja, é a concepção de saúde e do sentir-se saudável visto pelo próprio avaliado. Portanto, pode-se afirmar que os pacientes desse estudo possuem uma visão de bem-estar em relação a sua saúde.

As limitações do presente estudo são a quantidade total de voluntários que foi pequena, prejudicando assim uma possível generalização do resultado, e a resposta dos participantes pode não ter sido fidedigna, sendo que a aplicação dos questionários dependia da sinceridade dos voluntários.

As perspectivas futuras desta pesquisa é que o questionário poderá ser um auxílio no tratamento desses indivíduos, pois identificará o aspecto a ser priorizado e novos estudos devem ser realizados com o fim de obter correlação com outros aspectos que possam interferir a análise da qualidade.

Conclusão:

Houve comprometimento de todos os domínios na população estudada. Sendo os domínios limitação por aspectos físicos, capacidade funcional e limitação por aspectos emocionais os que obtiveram escores mais baixos.

Referências:

- ARAS, M. D. et. al. Shoulder Pain in Hemiplegia: Results from a National Rehabilitation Hospital in Turkey. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 83, n.9, p. 713–719, 2004.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et. al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 52, n.1, p.1-7, 1994.
- BOBATH, B. (Ed.3). **Hemiplegia em Adultos: Avaliação e Tratamento**. São Paulo: Manole, 2001. p. 07-11.
- CANCELA, D. M. G. O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais conseqüências e reabilitação. In: trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura em psicologia pela universidade lusíada do porto, 2008, Portugal. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 20 maio, 2010.
- CESÁRIO, C.M.M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. P. R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular, **Revista Neurociências**, v. 14, n.1, p.06-09, 2006.
- CICONELLI, R. M. et. al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, vol. 39, n.3, 1999.
- CLARKE, P.; MARSHALL, V.; BLACK, S.E.; COLANTONIO, A. Well-Being After Stroke in Canadian Seniors Findings From the Canadian Study of Health and Aging. **Stroke**, v. 33, p. 1016-1021, 2002.
- COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v.10, n.1, p. 47-54, 2002.
- CRUZ, K.C.T; DIOGO, M.J. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 666-672, 2009.
- DURWARD, B; BAER, G; WADE, J. Acidente vascular cerebral. In: STOKES, M. (Ed) **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000. p. 83-99.
- FALCÃO, I.V. et. al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n.1, 2004.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. psychiat. Res.**, v. 12, p.189-198, 1975.

GIRIKO, C. H. et. al. Avaliação da marcha e do risco de queda de hemiplégicos. In: X ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VI ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 2006, Vale do Paraíba. **Resumos**. S.J. Campos: Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, 2006. p. 627.

LINDGREN, I. et. al. Shoulder Pain After Stroke: A Prospective Population-Based Study. **Journal of the American Heart Association**, v. 38, p.343-348, 2007.

MEDEIROS, M. S. M, et. al. Treinamento de Força em Sujeitos Portadores de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Digital Vida & Saúde**, v. 1, n.3, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** 2005 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1477>. Acesso em: 02 jun. 2010.

MORENO, B. G. D. et. al. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n.3, p.210-4, 2009.

OLIVEIRA, C. B. **Avaliação do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após acidente vascular encefálico.** 2008. 168 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O’SULLIVAN, S.B. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** São Paulo: Manole, 2004. p.775.

PERLINI, N.M.O.; HOFFMANN, J.M.; PICCOLI, D.G.; BERTOLDO, C. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. **Rev. Min. Enf.** V.11, n.2, p.149-154, 2007.

PINEDO, S.; DE LA VILLA, F. M. Complicaciones en el paciente hemipléjico durante el primer año tras el ictus. **Revista de Neurología**, v. 32, n.3, p.206-209, 2001.

RYERSON, S. D. Hemiplegia resultante de dano ou doença vascular. In: UMPHRED, D. A. (Ed.2). **Fisioterapia Neurológica.** São Paulo: Manole, 1994. p. 615-656.

RYERSON, S. D. Hemiplegia. In: UMPHRED, D. A. (Ed.4). **Reabilitação Neurológica.** São Paulo: Manole, 2004. P. 782-826.

ROWLAND, LEWIS P. **Merrit: Tratado de Neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. P.887.

SANTOS, M.; FESTAS, C. **Prevalência de Ombro Doloroso e estado funcional do ombro em indivíduos vítimas de AVC.** 2008. 10 f. Dissertação (Licenciatura)-Universidade Federal de Pernambuco.

TEIXEIRA, P. C.; SILVA, L. D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Enferm. glob.** n.15, p. 01-12, 2009.

THE WHOQOL GROUP 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 10:1403-1409.

TOMBAUGH, T.N.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. **The American Geriatrics Society**, v.40, p.922-935, 1992.

XEREZ, D.R.; CARVALHO, Y.S.V.; COSTA, M.M.B. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. **Radiol. Bras.**, v.37, n.1, p. 09-14, 2004.

ANEXO 1



1

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Brasília, 05 de abril de 2010.

Memo. 052/10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UniCEUB

Para: Mara Claudia Ribeiro
Monica Fernandes Biagi
Vivian Martins Tomé de Sousa

Assunto: Encaminhamento do Parecer CAAE 0013/10 TCC 011/10

Prezadas Pesquisadoras,

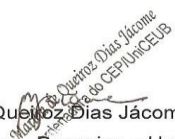
Informamos que o CAAE 0013/10 TCC 011/10 referente ao projeto “**Análise da qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no Centro de Atendimento Comunitário – CAC**” atendeu a todas as solicitações apontadas; está **aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Informamos que o campo de assinatura do TCLE não deve ficar separado do restante do texto.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 04 de julho de 2010.

Cordialmente,


Marília de Queiroz Dias Jácome
Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB
Coordenadora



APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre qualidade de vida em pacientes com AVE
2. Você foi selecionado (método de seleção) por apresentar história de AVE e fazer tratamento no Centro de Atendimento à Comunidade – Uniceub e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. O objetivo deste estudo é verificar o nível de qualidade de vida em pacientes com AVE atendidos no CAC.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário específico de qualidade vida SF-36
7. A pesquisa não gera riscos a sua saúde física, mas pode interferir no aspecto emocional por estar proporcionando consciência sobre possíveis limitações decorrentes do AVE. Caso ocorra prejuízo das atividades de vida diárias e no tratamento fisioterapêutico em consequência do estudo, você terá total apoio, sendo encaminhado por Mônica Biagi e Vívian Martins para atendimento psicológico no Centro de Atendimento Comunitário - CAC - UniCEUB.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação são ter conhecimento sobre sua qualidade de vida atualmente e proporcionar feedback para os profissionais de saúde auxiliando em uma melhor proposta de tratamento.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, exceto ao CAC, encontros, revistas científicas e em casos de publicações, mantendo sempre o anonimato dos participantes.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação: os nomes serão abreviados, os resultados serão formulados de forma geral, não expondo a sua condição física, emocional nem gerando constrangimentos de qualquer espécie.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Mara Claudia Ribeiro

Endereço completo: AC 02 LT 03 APTO 405 – Riacho Fundo I

Telefone: 33998714

Assinatura

DADOS DOS PESQUISADORES AUXILIARES

Nome: Monica Fernandes Biagi

Endereço completo: SMT CONJ. 01 LOTE 03 CASA 06 – Taguatinga Sul

Telefone: 33513786

Assinatura

Nome: Vívian Martins Tomé de Sousa

Endereço completo: SGAN – 714 – Conjunto H – Bloco C – ap.242 – Asa Norte

Telefone: 33498127

Assinatura

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP do Centro Universitário Uniceub localizado: SEPN 707/907 - Campus do UniCEUB - Asa Norte - Brasília - DF - CEP: 70790-075 – *Bloco IX, 1º subsolo, biotério*
Telefone: 3966 1511

– Endereço eletrônico: *comite.bioetica@uniceub.br*

Brasília, _____ de _____ de 2010

Sujeito da pesquisa

Pai / Mãe ou Responsável Legal

ANEXO 2

Questionário SF-36

SF – 36 PEQUISA EM SAÚDE	SCORE
---------------------------------	--------------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

Excelente	1
Muito Boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito Ruim	5

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum
a - Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b – Atividades moderadas , tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c - Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d - Subir vários lances de escada	1	2	3
e – Subir um lance de escada	1	2	3
f – Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g – Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h – Andar vários quarteirões	1	2	3
i – Andar um quarteirão	1	2	3
j – Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 – Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c – Esteve limitado no seu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d – Teve difficuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c – Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6 – Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? **(Circule uma)**

De forma nenhuma 1
 Ligeiramente 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**?

(Circule uma)

Nenhuma 1
 Muito Leve 2
 Leve 3
 Moderada 4
 Grave 5
 Muito Grave 6

8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

De maneira alguma 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3

Bastante 4

Extremamente 5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a - Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b – Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c - Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6

d - Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e - Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f - Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I - Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(Circule uma)

Todo o tempo 1

A maior parte do tempo 2

Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo 5

11 – O quanto verdadeiro ou **falso** é cada uma das afirmações

(Circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a – Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b – Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c – Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d – Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 3

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Dominância: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Escolaridade: _____
Telefone Resid: _____ Celular: _____

Queixa

Atual: _____

Tipo de AVE: _____

Tempo de AVE: _____

Sequela predominante: _____

Afasia: Motora() Sensitiva() Mista()

ANEXO 4

Mini Mental State Examination (MMSE)**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

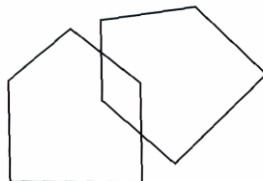
Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:

Nota: _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ANEXO 5

Classificação SF-36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	Seus pontos finais
1	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5 Pontuação 5,0, 4,4, 3,4, 2,0 ou 1,0	
2	Manter o mesmo valor	
3	Soma de todos os valores	
4	Soma de todos os valores	
5	Soma de todos os valores	
6	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5 Pontuação 5, 4, 3, 2 ou 1	
7	Se a resposta for 1, 2, 3, 4 ou 5 Pontuação 6,0, 5,4, 4,2, 3,1, 2,0 ou 1,0	
8	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
9	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:	

	Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)	
Total:		

ase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

[Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100/Variação (Score Range)]

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25