



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**GIESSE DA SILVA FERNANDES**

**ANÁLISE DO IMPACTO AUTO-RELATADO DO ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HEMIPARÉTICOS  
SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA EM GRUPO**

Araranguá

2017

**GIESSE DA SILVA FERNANDES**

**ANÁLISE DO IMPACTO AUTO-RELATADO DO ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HEMIPARÉTICOS  
SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA EM GRUPO**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Profa. Dr<sup>a</sup>. Poliana Penasso Bezerra.

Araranguá

2017

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo. Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresentam disfunções, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo social, tornando a prevenção do AVE, uma prioridade para a saúde global. **Objetivo:** Investigar o impacto auto-relatado do acidente vascular encefálico e a percepção da qualidade de vida de pacientes hemiparéticos crônicos submetidos à fisioterapia em grupo, antes e após tratamento. **Método:** Ensaio clínico não-controlado, onde participarão indivíduos com hemiparesia crônica após AVE. Dados sociodemográficos e clínicos (escala de Rankin e escala de função do membro superior no AVE) serão inicialmente avaliados. Para as avaliações pré e pós intervenção, os indivíduos responderão dois questionários: escala de impacto do AVE e escala de qualidade de vida específica para AVE. A intervenção fisioterapêutica será realizada em grupo, com frequência de uma vez semanal, durante 8 semanas, sendo composta por exercícios multicomponentes. **Análise estatística** descritiva e inferencial, comparando os momentos pré e pós intervenção. **Resultados esperados:** A intervenção fisioterapêutica em grupo em pacientes com AVE pode ser efetiva no impacto auto-relatado do AVE e na qualidade de vida de indivíduos hemiparéticos crônicos, podendo ser indicada na prática clínica.

**Palavras-chaves:** acidente vascular encefálico; reabilitação; prática de grupo

## **ABSTRACT**

Introduction: Stroke is a frequent neurological syndrome in adults, one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. In addition to high mortality, most survivors have dysfunctions, with limited physical and intellectual activity and high social costs, making stroke prevention a priority for global health. Objective: To investigate the self-reported impact of stroke and a perception of the quality of life of chronic hemiparetic patients submitted to group physiotherapy before and after treatment. Method: Uncontrolled clinical trial, where we participated with chronic hemiparesis after stroke. Sociodemographic and clinical data (classification scale and upper limb function of stroke). For previous and post-intervention evaluations, the questionnaires are as follows: stroke impact scale and stroke-specific quality of life scale. The physiotherapeutic intervention will be performed in a group, often once weekly, for 8 weeks, composed by multi-component exercises. Descriptive and inferential statistical analysis, comparing pre and post intervention moments. Expected results: Physiotherapeutic intervention in a group with stroke patients may be effective without self-reported impact of stroke and quality of life of chronic hemiparetic individuals, and may be indicated in clinical practice.

Key-words: stroke; rehabilitation; Group practice

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	9
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	9
2.3 HIPÓTESE.....	9
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	9
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	10
3.3 PARTICIPANTES .....	10
<b>3.3.1 População em estudo .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>10</b>
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	11
3.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	11
3.6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM GRUPO.....	13
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	13
3.8 RESULTADOS ESPERADOS.....	14
<b>4 CRONOGRAMA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 ORÇAMENTO .....</b>	<b>16</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>20</b>
<b>TABELA 1 – EXERCÍCIOS MULTICOMPONENTES REALIZADOS EM GRUPO.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS – AVE .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 2: ESCALA MODIFICADA DE RANKIN (mRANKIN) .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 3: ESCALA DE FUNÇÃO DO MS APÓS AVE .....</b>	<b>27</b>

<b>ANEXO 4: ESCALA DE IMPACTO DO AVE 3.0 (SIS) VALIDADO PARA A LÍNGUA PORTUGUES .....</b>	<b>28</b>
<b>.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO 5: ESCALA DE QV ESPECÍFICA PARA AVE (EQVE-AVE) .....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS, o AVE refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão (KASAB et al., 2016). É uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo, tornando dessa maneira, a prevenção do AVE uma prioridade mundial (FEIGIN et al., 2015).

No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, o AVE representa a primeira causa de morte e incapacidade, o que cria grande impacto econômico e social. Dados provenientes de estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes (DIRETRIZES DE ATENÇÃO À REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO BRASIL, 2013).

Após o AVE, muitas podem ser as disfunções nos indivíduos acometidos, estando presentes alterações sensitivas, motoras e cognitivas. A principal alteração ocasionada após o AVE é a hemiparesia, levando o indivíduo a perda de seletividades de movimentos, ou seja, a ausência do controle motor é visivelmente observada no hemicorpo afetado, tornando-o incapacitante (BARCALA et al., 2011). Em indivíduos com hemiparesia, a espasticidade e fraqueza muscular presentes levam a postura assimétrica, gerando instabilidade e perda de equilíbrio, assim como limitações funcionais como tomar banho, vestir-se, deitar-se, levantar-se e alimentar-se, resultando em um grande impacto na qualidade de vida desses indivíduos (MESSALI et al., 2012).

O AVE é caracterizado como uma condição crônica, no qual torna-se necessário intervenção fisioterapêutica em todo o percurso da reabilitação, desde as primeiras ações realizadas no hospital na fase aguda até a reintegração na comunidade. O paciente após o AVE necessita de monitoramento contínuo por se tratar de uma condição crônica e não temporária ou transitória. Atualmente, algumas necessidades dos pacientes que sobrevivem a fase aguda após o AVE, como a reintegração e participação social, a independência e a prática de atividades de vida diária não são alcançadas. Após 4 anos do AVE, mais de 30% dos pacientes ainda relatam restrições de participação persistentes (por exemplo, dificuldade com autonomia, engajamento ou cumprimento de papéis na comunidade). Isso ocorre devido às manifestações clínicas que o AVE promove, como a apatia e a fadiga, além da prática de

atividade física diária que se torna baixa e os sintomas depressivos altos (WINSTEIN et al., 2016).

No estudo de MARTINS et al. (2006), a aptidão física e a capacidade de executar as atividades do dia-a-dia são as dimensões físicas mais afetadas, que impedem os indivíduos de realizar um conjunto de atividades básicas e atividades instrumentais do dia-a-dia. O estado afetivo-emocional e a auto percepção do estado geral de saúde correlacionam-se igualmente com a incapacidade física, sendo necessário a presença de uma segunda pessoa a colaborar nas atividades de vida diária e de autocuidado.

Segundo BENDER et al. (2017), os sintomas da doença, como a mobilidade física limitada, contribuem para a redução dos contatos sociais, a retirada da vida familiar e social, a baixo autoestima, a depressão e uma qualidade de vida geralmente deteriorada. Além disso, um AVE traz repercussões no estilo de vida, nos hábitos do paciente, na sua funcionalidade e também no seu trabalho. Por outro lado, os distúrbios cognitivos pós AVE tornam a vida desses indivíduos em grande medida mais difícil ou mesmo impossibilitam que os pacientes retomem seu trabalho anterior, o que, por sua vez, afeta consideravelmente sua saúde mental.

Ainda no estudo de BENDER et al. (2017), outra preocupação é a falta do apoio familiar e a necessidade do indivíduo após o AVE de se mudar para uma casa de repouso, que pode ser considerada uma experiência traumática. Esse estudo demonstrou uma redução na qualidade de vida dos pacientes em relação ao seu bem-estar psicológico e espiritual, sendo que os parâmetros que reduziram a qualidade de vida foram a vida sexual, as atividades de lazer, a mobilidade e um sentimento de não ser útil ao outro.

No estudo de LUCENA et al. (2011), obteve-se a evidência de que na maioria dos indivíduos as consequências do AVE provocam repercussões crônicas em suas funções corporais, como no controle sensório-motor, cognição, humor e ainda a participação social, sendo necessário a reabilitação contínua desses pacientes, de modo que possa potencializar a funcionalidade na realização das atividades, amplificar a participação social e diminuir o impacto auto-relatado do AVE e os déficits na qualidade de vida desses indivíduos.

Segundo a Diretriz de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular encefálico do Ministério da Saúde no Brasil (2013), para diminuir o impacto auto-relatado e aumentar a qualidade de vida desses pacientes, recomenda-se a realização de abordagens e práticas em grupo visando a continuação da reabilitação, principalmente em pacientes que se encontram em fases finais no processo de reabilitação.

Os programas de fisioterapia em grupo que abrangem diferentes formas de exercício são recomendados pelo seu potencial para alterar positivamente diferentes componentes que

são impactados pelo AVE como: força, memória e pensamento, emoção, comunicação, atividades da vida diária, mobilidade, função manual e participação, e que também refletem na qualidade de vida dos pacientes (BAKER; ATLANTIS; SINGH, 2007).

Os pacientes hemiparéticos crônicos relatam benefícios devido ao aspecto social do grupo (CARIN-LEVY et al., 2009), além disso, é provável que o exercício em grupo seja mais prazeroso, ocasionando maior aderência do paciente ao tratamento e gerando melhores resultados (ENGLISH et al., 2007).

Segundo Elson, English e Hillier et al. (2009), as pessoas com AVE permaneceram menor tempo em sessões de fisioterapia que envolviam a prática de caminhada, e maior tempo praticando tarefas em pé nas sessões em forma de circuito, demonstrando que a fisioterapia em grupo permite que as pessoas com AVE passem mais tempo envolvidas na prática de tarefas ativas e dinâmicas do que a fisioterapia individual e convencional (ENGLISH et al., 2014). Além disso, há boas evidências de que as sessões de fisioterapia proporcionada em forma de circuito são altamente eficazes para melhorar a capacidade de caminhar de pessoas com AVE e para aumentar a quantidade de tempo que esses indivíduos passam em sessões de fisioterapia (ENGLISH; HILLIER, 2010).

Em outro estudo de English e Hillier (2011), as sessões de fisioterapia por meio de circuito se mostraram eficazes na melhoria da capacidade e na velocidade de caminhada, controle postural em pé e um efeito positivo sobre o equilíbrio dos indivíduos após o AVE, podendo reduzir o tempo de internação quando implementado no ambiente hospitalar e promovendo, assim, economias substanciais para o sistema de saúde.

Há boas evidências de que a reabilitação em grupo e em forma de circuito para indivíduos após o AVE deve-se concentrar na prática repetitiva de tarefas funcionais, intensivas e de adaptação incluindo a progressão contínua dos exercícios dentro do circuito. Além disso, foi também demonstrado que a prática de tarefas intensivas promove a neuroplasticidade positiva após um AVE (FRENCH et al., 2007; VAN PEPPEN et al., 2004).

É possível ainda observar no quadro clínico e situação geral de cada paciente, melhoras promovidas pela troca de informações, demonstrando que o tratamento em grupo é benéfico ao paciente (RAMADAM, 2007). Segundo Giriko et al. (2010), a terapia em grupo contribui para manter a mobilidade dos pacientes, além de proporcionar situações em que os pacientes participam ativamente dos exercícios e concomitantemente melhoram a relação social entre eles (SPINOSO; FAGANELLO, 2011).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar o impacto auto-relatado do acidente vascular encefálico e a percepção da qualidade de vida de pacientes hemiparéticos crônicos submetidos à fisioterapia em grupo, antes e após tratamento.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica.

### **2.3 HIPÓTESE**

Visto que o paciente AVE crônico, que já foi submetido à intervenção fisioterapêutica individualizada, ainda apresenta limitações funcionais que comprometam sua qualidade de vida e participação social, podendo ser altamente incapacitante, a hipótese gerada é de que a intervenção em grupo além de viável e segura, pode ser efetiva na melhora dos prejuízos que impactam a vida do indivíduo com AVE, além de diminuir o custo da reabilitação e possibilitando que um número maior de pacientes sejam beneficiados.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa de trabalho de conclusão de curso de graduação em fisioterapia, empírica quantitativa do tipo ensaio clínico não-controlado.

## 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa será desenvolvida na Clínica Municipal de Fisioterapia / Clínica Escola de Fisioterapia da UFSC em Araranguá-SC, no segundo semestre de 2017.

## 3.3 PARTICIPANTES

### 3.3.1 População em estudo

Os voluntários serão selecionados a partir dos encaminhamentos para o setor de fisioterapia do Sistema Único de Saúde do município de Araranguá-SC.

Amostra de conveniência não probabilística intencional, sendo que todos aqueles aptos e que contemplarem os critérios delimitados serão inseridos.

### 3.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

#### Critérios de inclusão:

- Indivíduos de ambos os sexos, idade entre 40 e 70 anos;
- Ocorrência de AVE a mais de 6 meses;
- Já ter realizado fisioterapia individual;
- Apresentar hemiparesia espástica;
- Serem capazes de deambular sozinho, com ou sem o auxílio de dispositivos auxiliares.

#### Critérios de exclusão:

- Indivíduos que apresentam outra doença que ocasione a alteração na capacidade funcional e/ou contraindique o exercício;
- Indivíduos que apresentam escores no Mini-Exame do Estado Mental inferior ao considerado normal de acordo com a escolaridade.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa será realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, estando de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Os participantes serão informados a respeito dos objetivos, riscos e procedimentos envolvidos na pesquisa e aqueles que aceitarem participar assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Riscos envolvem constrangimento, cansaço, risco de quedas e fadiga muscular durante as avaliações e a realização dos exercícios que serão realizadas, os quais serão diminuídos pela presença do pesquisador e fisioterapeuta, o qual adequará os exercícios às condições individuais de cada paciente.

Para análise dos resultados, será necessário que o voluntário frequente pelo menos 75% das sessões de intervenção propostas.

Os voluntários serão submetidos à avaliação e intervenção fisioterapêutica proposta. A terapia medicamentosa de todos os participantes será registrada e acompanhada durante o período do estudo.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Dados sociodemográficos e clínicos (escala de Rankin e escala de função do membro superior no AVE) serão inicialmente avaliados. Os pacientes envolvidos no estudo serão avaliados antes (avaliação pré-intervenção) e após 08 semanas (avaliação pós-intervenção) do início do programa de intervenção por meio de dois questionários: escala de impacto do AVE e escala de qualidade de vida específica para AVE.

- Dados Sociodemográficos: os dados sociodemográficos questionados nesse trabalho foram referente a idade, tipo do AVE (isquêmico ou hemorrágico), o número de episódios de AVE, o tempo do primeiro AVE, o lado da hemiparesia (direita ou esquerda), doenças associadas, número de medicação que faz uso, o nível educacional e socioeconômico, o tipo de atividade remunerada e renda individual, se faz o uso de plano de saúde, o nível de atividade física e a auto percepção da saúde (ANEXO 1).
- Escala modificada de Rankin: mensura a independência funcional global dos pacientes (CINCURA et al., 2009). A escala é definida categoricamente em sete diferentes notas: 0 (assintomático), 1 (sintomas sem incapacidades), 2 (incapacidade leve), 3 (incapacidade

moderada), 4 (incapacidade de moderada a grave), 5 (incapacidade grave) e 6 (óbito). Quanto maior a nota, mais incapacitado é o paciente (ANEXO 2).

- Escala de função do membro superior no AVE: indica o quanto de funcionalidade o membro superior do indivíduo com AVE possui. A pontuação varia de 1 a 5, onde 1- Não possui nenhum movimento no membro superior, 2- Movimenta o membro superior apenas com movimentos compensatórios, 3- Capaz de posicionar o membro superior sem dificuldade, mas sem uso funcional da mão, 4- Utiliza a mão como um auxiliar com padrões de compensação e 5- Faz uso normal da mão (NICKEL et al., 2017) (ANEXO 3).
- Escala de impacto do AVE: a Escala de Impacto do Acidente Vascular Encefálico (SIS) é um questionário específico que avalia a deficiência e a qualidade de vida relacionada à saúde após AVE. A SIS avalia o impacto auto-relatado de acidente vascular cerebral em oito domínios: força, memória e raciocínio, emoção, comunicação, atividades da vida diária básicas e instrumentais, mobilidade, função manual e participação. Além disso, uma escala analógica visual de 0 a 100 mensura a recuperação geral percebida desde o início do AVE. As pontuações de domínio variam de 0 a 100 e são calculadas utilizando fórmula. Todos os itens dentro de cada domínio são pontuados em uma escala de 1 a 5 pontos. Maiores pontuações de itens indicam um menor nível de dificuldade experimentado com a tarefa, exceto três itens do domínio de emoção. As pontuações para essas três pontuações de itens devem ser revertidas para calcular a pontuação do domínio da emoção (CAROD-ARTAL et al., 2008) (ANEXO 4).
- Questionário De Qualidade De Vida Específico Para Pacientes Com Acidente Vascular Encefálico: O específico instrumento de qualidade de vida para pacientes com AVE - *Stroke Specific Quality of Life Scale* - SSQOL (SSQOL) foi traduzido e validado no Brasil. O questionário compreende 49 itens, sendo esses subdivididos em 12 dimensões (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, auto-cuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produtividade). O escore mínimo é de 49 pontos e o escore máximo de 245 pontos, sendo que quanto menor o escore maior a dependência e dificuldade para realização de tarefas. Quanto maior a

pontuação obtida melhor a qualidade de vida. Escores inferiores a 60% (<147 pontos) indicam baixa qualidade de vida (LIMA et al., 2008) (ANEXO 5).

### 3.6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM GRUPO

Após os procedimentos de avaliação, dar-se-á início à intervenção proposta, realizada em grupo, durante 08 semanas, com frequência de 1 vez semanal, totalizando 08 sessões. Cada sessão com duração de 1 hora.

As sessões serão compostas por exercícios que visam flexibilidade, fortalecimento, equilíbrio, coordenação motora, função manual e mobilidade, envolvendo situações funcionais, como descritos na tabela 1. O circuito de atividades será realizado ao longo das sessões, respeitando as dificuldades motoras do grupo e sempre que necessário fazendo adaptações para melhor desempenho individual dos pacientes.

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados será realizada por meio do *software* Statistical Package for the Social Science® (SPSS) 21.0. Será testada a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk evidenciando se há distribuição normal dos dados ( $p > 0,05$ ). Análise descritiva da caracterização demográfica e clínica e das variáveis estudadas será realizada mediante medidas de tendência central e de dispersão. As variáveis impacto auto-relatado do acidente vascular encefálico e a percepção da qualidade de vida serão comparadas entre os momentos pré e pós intervenção por meio do teste *t* de *Student* para amostras independentes (distribuição normal) ou teste de Mann-Whitney (distribuição não normal). O nível de significância adotado para análise de todos os testes estatísticos descritos será de 5%.

### 3.8 RESULTADOS ESPERADOS

#### Benefícios

Espera-se que a intervenção fisioterapêutica em grupo em pacientes com Acidente Vascular Encefálico possa trazer benefícios, melhorando força muscular, capacidade de caminhar, independência para fazer as atividades do dia a dia e na qualidade de vida dos pacientes com dificuldade de movimentar um lado do corpo, podendo ser indicada na prática clínica do fisioterapeuta.

Desfecho primário: A fisioterapia realizada em forma de grupo é eficaz na diminuição do impacto auto-relatado dos indivíduos com AVE, melhorando assim sua percepção sobre a qualidade de vida.

Desfecho secundário: As características clínicas do AVE podem ser menos impactante no que se refere à auto-percepção da saúde, a independência de realizar as AVD e a funcionalidade do membro superior através da fisioterapia em forma de grupo.

#### 4 CRONOGRAMA

<b>Atividade</b>	<b>Março/abril /maio (2017)</b>	<b>Julho/agost o/ setembro (2017)</b>	<b>Outubro/ novembro (2017)</b>	<b>Dezembro (2017)</b>	<b>Janeiro a junho (2018)</b>
Revisão bibliográfica	xxx				
Elaboração do projeto de pesquisa	xxx				
Submissão CEP	xxx				
Coleta de dados		xxx			
Análise dos resultados			Xxx		
Redação do artigo científico			Xxx		
Apresentação do TCC				xxx	
Divulgação dos resultados em congressos da área da saúde					xxx

## 5 ORÇAMENTO

Os gastos referentes ao estudo serão de responsabilidade do pesquisador.

<b>Material</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Folhas A4	50,00
Fotocópias e impressão	50,00
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

## 6 REFERÊNCIAS

BAKER, Michael K.; ATLANTIS, Evan; SINGH, Maria A. Fiatarone. Multi-modal exercise programs for older adults. **Age And Ageing**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.375-381, 30 maio 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afm054>.

BARCALA, L. et al. Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. **Fisioter Mov.** 2011; 24(2):337-43.

BENDER, Marta Dąbrowska et al. The Impact of Ischemic Cerebral Stroke on the Quality of Life of Patients Based on Clinical, Social, and Psychoemotional Factors. **Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.101-107, jan. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.036>.

CARIN-LEVY, G. et al. The psychosocial effects of exercise and relaxation classes for persons surviving a stroke. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, 76, pp. 73-76, 2009.

CAROD-ARTAL, F.J. et al. The Stroke Impact Scale 3.0 – Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity of the Brazilian Version. **Stroke**; 2008; 39:2477-2484.

CINCURA, C. et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovascular Disease**, 27(2):119-22. Epub 2008 Nov 28, 2009.

DIRETRIZES DE ATENÇÃO À REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2013.

ELSON, T.; ENGLISH, C.; HILLIER, S. A comparison of patient activity levels during circuit class therapy and individual physiotherapy sessions. **Int J Ther Rehabil.** 2009;16:78–84.

ENGLISH, C.K.; et al. 2007. Circuit Class Therapy Versus Individual Physiotherapy Sessions During Inpatient Stroke Rehabilitation: A Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88 (8), pp. 955-963.

ENGLISH, C.; HILLIER, S.L.; Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;7:CD007513.

ENGLISH, Coralie et al. People with stroke spend more time in active task practice, but similar time in walking practice, when physiotherapy rehabilitation is provided in circuit classes compared to individual therapy sessions: an observational study. *Journal Of Physiotherapy*, [s.l.], v. 60, n. 1, p.50-54, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.006>.

ENGLISH, C; HILLIER, S. Circuit class therapy for improving mobility after stroke: A systematic review.. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, [s.l.], v. 43, n. 7, p.565-571, 2011. Acta Dermato-Venereologica. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0824>.

FEIGIN, Valery L. et al. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990-2013): The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*, [s.l.], v. 45, n. 3, p.230-236, 28 out. 2015. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000441106>

FRENCH, B.; et al Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 4.

GIRIKO, C.H. et al. Capacidade funcional de hemiparéticos crônicos submetidos a um programa de fisioterapia em grupo. *Fisioter Pesq*. 2010; 17(3):214-9.

KASAB, S. et al. Impact of the New American Heart Association/American Stroke Association Definition of Stroke on the Results of the Stenting and Aggressive Medical Management for Preventing Recurrent Stroke in Intracranial Stenosis Trial. *Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases*, [s.l.], p.1-12, out. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.038>.

LIMA, R.C.M. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Stroke Specific Quality of Life Scale: application of the Rasch model. **Rev Bras Fisioter** 2008;12(2):149-56.

LUCENA, E.M.F. et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. **Acta Fisiátr.** 2011; 18(3): 112-118.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. [Disability and quality of life of stroke survivors: evaluation nine months after discharge]. **Rev Neurol.** 2006 Jun 1-15;42(11):655-9. Spanish. PubMed PMID: 16736400.

MESSALI, F.C. et al. Avaliação do equilíbrio dinâmico e dificuldades funcionais de indivíduos com seqüela de acidente vascular encefálico. **Colloquium Vitae.** Vol. 4n. Especial; 2012.

NICKEL, R. et al. Upper limb function and functional independence in patients with shoulder pain after stroke. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 75, n. 2, p.103-106, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20160195>.

RAMADAM, Z. B. A. Psicoterapia de grupo: teoria e prática - Irvin D. Yalon e Melyn Leszcz. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 34, n. 5, p.254-255, 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-6083200700050000>

SPINOSO, D.H.; FAGANELLO, F.R. Influência do tratamento fisioterapêutico em grupo no equilíbrio, na mobilidade funcional e na qualidade de vida de pacientes com Parkinson. **Ter Man.** 2011; 9(45):655-659.

VAN PEPPEN, R.P. et al. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? **Clin Rehabil** 2004; 18: 833–862.

WINSTEIN, C. J. et al; Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke.** 2016;47.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho através deste termo convidar o Sr.(a) a participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida na Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa será realizada seguindo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética em Pesquisa desta universidade autorizou a sua realização. O endereço deste comitê é Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC EP 88.040-400 e os contatos são: telefone (48)3721-6094 e email [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

Por meio deste termo, declaro que concordei participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado **“Análise do impacto auto-relatado do acidente vascular encefálico e da qualidade de vida em pacientes hemiparéticos submetidos à fisioterapia em grupo”**, a ser apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em fisioterapia na Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido pela acadêmica Giesse da Silva Fernandes. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Poliana Penasso Bezerra, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário via telefone nº (48)37216252 ou e-mail [poliana.bezerra@ufsc.br](mailto:poliana.bezerra@ufsc.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer bônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é investigar o impacto causado pelo acidente vascular encefálico e a qualidade de vida dos pacientes com dificuldade de movimentar um lado do corpo a mais de 6 meses que realizam fisioterapia em grupo, antes e após o tratamento. Concordo em participar deste estudo porque sei que minha participação será de extrema importância para aumentar o conhecimento científico na área da saúde, bem como sobre a fisioterapia para pacientes que sofreram um Acidente Vascular Encefálico. Espera-se que a intervenção fisioterapêutica em grupo em pacientes com Acidente Vascular Encefálico possa trazer benefícios, melhorando força muscular, capacidade de caminhar, independência para fazer as atividades do dia a dia e na qualidade de vida dos pacientes com dificuldade de movimentar um lado do corpo, podendo ser indicada na prática clínica do fisioterapeuta.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio da avaliação, respondendo a perguntas feitas pelo fisioterapeuta, antes e após as 8 semanas de fisioterapia e a participação do programa de fisioterapia que consiste na realização de exercícios uma vez por semana em grupo com supervisão do fisioterapeuta. Fui informado sobre os eventuais riscos e desconfortos da pesquisa que envolve constrangimento, cansaço, risco de quedas e fadiga muscular durante as avaliações e a realização dos exercícios que serão realizadas, os quais serão diminuídos pela presença do pesquisador e fisioterapeuta, o qual adequará os exercícios às condições individuais de cada paciente. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador/coordenador. Fui informado (a) da garantia que o meu nome não será divulgado, as informações obtidas são sigilosas e serão utilizados apenas para fins científicos.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse (a) estudo/pesquisa/programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Asseguramos o pagamento de eventuais despesas relacionadas a transporte ou alimentação decorrentes exclusivamente da participação na pesquisa e estou ciente de que serei ressarcido caso ocorram prejuízos de qualquer ordem advindos deste estudo.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Araranguá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Nome e Assinatura do (a) participante

---

Nome e Assinatura do (a) orientador da pesquisa(a)

**TABELA 1 – EXERCÍCIOS MULTICOMPONENTES REALIZADOS EM GRUPO**

1. Alongamentos de membros superiores (peitoral menor e maior, deltóide, bíceps, tríceps, flexores e extensores de punho)
2. Alongamento de membros inferiores (quadríceps, isquiotibiais, íliopsoas, glúteos, tríceps sural, tibial anterior e posterior)
3. Alongamento da musculatura cervical
4. Alongamentos dos músculos laterais, flexores e extensores de tronco
5. Sentado, flexionar o tronco e estender os braços a frente com auxílio de uma bola
6. Exercícios ativos e exercícios ativo-assistidos para fortalecimento da musculatura dos membros superiores, inferiores e tronco
7. Puxando uma faixa elástica do espaldar e resistindo-a para movimentos de ombro
8. Sentar e levantar de uma cadeira (progredir levantar, contornar um obstáculo, voltar e sentar)
9. Em pé, apoiar as costas na bola suíça e realizar agachamento
10. Marcha estacionária (progredindo associando uma tarefa para os membros superiores)
11. Atividades de equilíbrio bipodal e unipodal, estático e dinâmico em cama elástica, colchonetes e prancha de equilíbrio
12. Exercícios de equilíbrio como atividades que desafiavam os pacientes a ultrapassar obstáculos durante as fases da marcha
13. Passar pela escada de chão o mais rápido possível de frente e de lado, pisando de forma alternada dentro e fora (progredindo com exercícios para função cognitiva, como falar palavras com letra estabelecida pelo fisioterapeuta).
14. Contornar cones no chão (progredir com exercícios cognitivos associados como falar nome de animais, segurando uma bandeja com um copo)
15. Subir e descer degraus e rampa
16. Transferir um objeto de uma mesa para uma prateleira no alto fazendo os movimentos de flexão e abdução do ombro
17. Passar bolas por cima e por baixo para outro paciente; passar a bola de lado trabalhando as dissociações de cinturas
18. Pegar uma bola com a mão direita, passar para a mão esquerda por trás e colocar na caixa
19. Pendurar as argolas uma de cada vez em apoios dispostos em diversas posições
20. Exercícios de coordenação motora fina e grosseira a partir de treino de pinça fina com grãos, bolas, papéis, elásticos, tampinhas

21. Treino para melhora da destreza com talheres, copos, escovas de dente, pentes de cabelo, trocas de roupas.
22. Atividades lúdicas que envolvam competição e descontração entre os pacientes do grupo como jogos de chutes a gol, bola na cesta, imitação

**ANEXO 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS – AVE**

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

EPISÓDIOS DE AVE: ( 1 ) UM EPISÓDIO ( 2 ) DOIS ( 3 ) 3 OU MAIS EPISÓDIOS

TEMPO DO PRIMEIRO AVE: \_\_\_\_\_

TIPO DE AVE: ( 0 ) ISQUÊMICO ( 1 ) HEMORRÁGICO ( 2 ) NÃO INFORMADO

HEMICORPO ACOMETIDO (LADO DA HEMIPARESIA): ( 0 ) D ( 1 ) E ( 2 )  
AMBOSDOENÇAS ASSOCIADAS: ( ) HIPERTENSÃO ( ) DIABETES  
( ) HIPERCOLESTEROLEMIA ( ) DÉFICIT VISUAL ( ) INCONTINÊNCIA URINÁRIA ( )  
DÉFICIT NA FALA ( ) OUTRAS DOENÇAS CARDÍACAS ( ) OUTRAS \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE MEDICAÇÃO: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) \_\_\_\_\_

NÍVEL EDUCACIONAL: ( 1 ) NÃO APRENDEU A LER E ESCREVER  
( 2 ) NÃO ESTUDOU, MAS CONSEGUE LER E ESCREVER  
( 3 ) ENSINO FUNDAMENTAL 1 a 4 ANOS  
( 4 ) ENSINO FUNDAMENTAL 5 a 8 ANOS  
( 5 ) ENSINO MÉDIO OU PROFISSIONALIZANTE  
( 6 ) ENSINO SUPERIOR  
( 7 ) PÓS GRADUAÇÃONÍVEL SOCIOECONÔMICO: Estrato Sócio Econômico - Renda média Domiciliar  
( 1 ) A 20.272,56  
( 2 ) B1 8.695,88  
( 3 ) B2 4.427,36  
( 4 ) C1 2.409,01  
( 5 ) C2 1.446,24  
( 6 ) D - E 639,78RENDIMENTO INDIVIDUAL: ( 1 ) MENOS QUE UM SALÁRIO MÍNIMO  
( 2 ) UM SALÁRIO MÍNIMO  
( 3 ) ENTRE UM E TRÊS SALÁRIOS MÍNIMOS  
( 4 ) MAIS DE 3ATIVIDADE REMUNERADA: ( 1 ) APOSENTADO ( 2 ) DESEMPREGADOS  
( 3 ) ATIVIDADE REMUNERADA COM SALÁRIO FIXO

PLANO DE SAÚDE PRIVADO: ( 0 ) NÃO ( 1 ) SIM

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA: ( 1 ) INATIVO ( 2 ) INSUFICIENTE ( 3 ) ATIVIDADE FÍSICA  
REGULAR

AUTO-PERCEPÇÃO DE SAÚDE: ( 1 ) MUITO RUIM ( 2 ) RUIM ( 3 ) RAZOÁVEL ( 4 ) BOA  
( 5 )MUITO BOA ( 6 ) ÓTIMA

**ANEXO 2: ESCALA MODIFICADA DE RANKIN (mRANKIN)**

Score	Classificação	Descrição
0	<i>Assintomático .</i>	Regressão dos sintomas.
1	<i>Sintomas sem incapacidade.</i>	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	<i>Incapacidade leve.</i>	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	<i>Incapacidade moderada.</i>	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	<i>Incapacidade moderada a grave.</i>	Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5	<i>Incapacidade grave .</i>	Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6	<i>Óbito .</i>	

**TOTAL (0–6):** \_\_\_\_

CINCURA, C. et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovascular Disease**, 27(2):119-22. Epub 2008 Nov 28, 2009.

**ANEXO 3: ESCALA DE FUNÇÃO DO MS APÓS AVE**

## Scale of Upper Limb Function in Stroke (SULFS)

- (1) Nenhum movimento no MS
- (2) Movimento de MS apenas com movimentos compensatórios
- (3) Capaz de posicionar o membro superior sem dificuldade,  
mas sem uso funcional da mão
- (4) Utiliza a mão como um auxiliar com padrões de  
compensação
- (5) Uso normal da mão

NICKEL, R. et al. Upper limb function and functional independence in patients with shoulder pain after stroke. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 75, n. 2, p.103-106, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20160195>.

**ANEXO 4: ESCALA DE IMPACTO DO AVE 3.0 (SIS) VALIDADO PARA A  
LÍNGUA PORTUGUES**

## Stroke Impact Scale

Essas questões são sobre problemas físicos que podem estar ocorrendo como resultado do AVE.

	Bastante força	Força considerável	Um pouco de força	Bem pouca força	Nenhuma força
1. Na última semana, como você quantificaria a força....					
a. Do seu braço que foi mais afetado pelo AVC?	5	4	3	2	1
b. Do seu aperto de mão no lado que foi mais afetado pelo AVC?	5	4	3	2	1
c. Da sua perna que foi mais afetada pelo AVC?	5	4	3	2	1
d. Do seu pé e tornozelo que foram mais afetados pelo AVC?	5	4	3	2	1

Essas questões são sobre sua memória e raciocínio.

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
2. Na última semana, quanta dificuldade você teve para...					
a. Lembrar de coisas que as pessoas acabaram de lhe falar?	5	4	3	2	1
b. Lembrar de coisas que aconteceram no dia anterior?	5	4	3	2	1
c. Lembrar de fazer coisas (manter compromissos marcados, tomar a medicação)?	5	4	3	2	1
d. Lembrar o dia da semana?	5	4	3	2	1
e. Concentrar-se?	5	4	3	2	1
f. Raciocinar rapidamente?	5	4	3	2	1
g. Resolver problemas do dia-a-dia?	5	4	3	2	1

Já essas questões são sobre como você se sente, mudanças no humor e sua capacidade para controlar as emoções desde o AVE.

3. Na última semana, com que frequência você...	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
a. Sentiu-se triste?	5	4	3	2	1
b. Sentiu-se sozinho?	5	4	3	2	1
c. Sentiu que é uma carga para os outros?	5	4	3	2	1
d. Sentiu-se desanimado?	5	4	3	2	1
e. Culpou-se por erros que cometeu?	5	4	3	2	1
f. Divertiu-se como antes?	5	4	3	2	1
g. Sentiu-se nervoso (a)?	5	4	3	2	1
h. Sentiu que a vida vale a pena?	5	4	3	2	1
i. Sorriu ao menos uma vez ao dia?	5	4	3	2	1

As próximas questões são sobre sua habilidade para se comunicar com outras pessoas, bem como sua habilidade para entender o que você lê ou ouve numa conversa.

4. Na última semana, quanta dificuldade você teve para...	Nenhuma dificuldade	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
a. Dizer o nome de alguém que estava na sua frente?	5	4	3	2	1
b. Entender o que estava sendo dito em uma conversa?	5	4	3	2	1
c. Responder perguntas?	5	4	3	2	1
d. Nomear objetos corretamente?	5	4	3	2	1
e. Participar de uma conversa em grupo?	5	4	3	2	1
f. Falar ao telefone?	5	4	3	2	1
g. Ligar para alguém, selecionando o número e discando?	5	4	3	2	1

As questões seguintes perguntam sobre as tarefas que você precisa fazer durante o dia.

5. Nas últimas duas semanas, quanta dificuldade você teve para...	Nenhuma dificuldade	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Não realizável
a. Cortar a comida com garfo e faca?	5	4	3	2	1
b. Vestir uma blusa?	5	4	3	2	1
c. Tomar banho sozinho?	5	4	3	2	1
d. Cortar as unhas dos pés?	5	4	3	2	1
e. Chegar ao banheiro a tempo?	5	4	3	2	1
f. Controlar sua bexiga (não perder urina)?	5	4	3	2	1
g. Controlar seu intestino (não perder fezes)?	5	4	3	2	1
h. Realizar serviços domésticos leves (limpar poeira, arrumar a cama, tirar o lixo, lavar a louça)?	5	4	3	2	1
i. Fazer compras?	5	4	3	2	1
j. Realizar serviços domésticos pesados (passar aspirador, lavar roupa, jardinagem)?	5	4	3	2	1

Já as próximas questões são sobre sua habilidade para locomover-se em casa e na rua.

6. Nas últimas duas semanas, quanta dificuldade você teve para...	Nenhuma dificuldade	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Não realizável
a. Ficar sentado sem perder o equilíbrio?	5	4	3	2	1
b. Ficar em pé sem perder o equilíbrio?	5	4	3	2	1
c. Caminhar sem perder o equilíbrio?	5	4	3	2	1
d. Se deslocar da cama para a cadeira?	5	4	3	2	1
e. Andar um quarteirão?	5	4	3	2	1
f. Andar rápido?	5	4	3	2	1
g. Subir um lance de escada?	5	4	3	2	1
h. Subir vários lances de escada?	5	4	3	2	1
i. Entrar e sair do carro?	5	4	3	2	1

As próximas questões são sobre sua habilidade para utilizar a mão que ficou mais prejudicada com o AVE.

7. Nas últimas duas semanas, quanta dificuldade você teve em usar a mão que foi mais afetada pelo AVC para...	Nenhuma dificuldade	Pouco difícil	Difícil	Muito difícil	Não realizável
a. Carregar objetos pesados (sacola de compras)?	5	4	3	2	1
b. Girar a maçaneta da porta?	5	4	3	2	1
c. Abrir uma lata ou jarra?	5	4	3	2	1
d. Amarrar o cadarço do sapato?	5	4	3	2	1
e. Pegar uma moeda?	5	4	3	2	1

As últimas questões são sobre como o AVE pode ter modificado sua participação em atividades que costumava fazer, que eram importantes para você e que o ajudavam a ser feliz.

8. Nas últimas quatro semanas, quanto tempo você esteve limitado em...	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
a. Seu trabalho (assalariado, voluntário, outros)	5	4	3	2	1
b. Suas atividades sociais?	5	4	3	2	1
c. Atividades recreativas tranquilas (artes, leitura)?	5	4	3	2	1
d. Atividades recreativas ativas (esporte, passeios, viagens)?	5	4	3	2	1
e. Seu papel como membro da família e/ou amigo?	5	4	3	2	1
f. Sua participação em atividades espirituais, religiosas?	5	4	3	2	1
g. Sua capacidade de controlar a vida como você deseja?	5	4	3	2	1
h. Sua capacidade de ajudar os outros?	5	4	3	2	1

## 9. Recuperação do AVC

Numa escala de 0 a 100, com 100 representando a recuperação total e 0 representando nenhuma recuperação, como tem sido a sua recuperação desde o seu AVC?

100 Recuperação completa

—  
90

—  
80

—  
70

—  
60

—  
50

—  
40

—  
30

—  
20

—  
10

0 Nenhuma recuperação

CAROD-ARTAL, F.J. et al. The Stroke Impact Scale 3.0 – Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity of the Brazilian Version. **Stroke**; 2008; 39:2477-2484.

## ANEXO 5: ESCALA DE QV ESPECÍFICA PARA AVE (EQVE-AVE)

Pontuação: cada item será pontuado com o seguinte critério	
Ajuda Total – Não pude fazer de modo algum – Concordo inteiramente	1
Muita ajuda – Muita dificuldade – Concordo mais ou menos	2
Alguma ajuda – Alguma dificuldade – Nem concordo nem discordo	3
Um pouco de ajuda – Um pouco de dificuldade – Discordo mais ou menos	4
Nenhuma ajuda necessária – Nenhuma dificuldade mesmo – Discordo inteiramente	5
Item	Pontuação
<b>1. Energia</b>	
1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	
2. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	
3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	
<b>2. Papéis familiares</b>	
1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	
2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	
3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	
<b>3. Linguagem</b>	
1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	
2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	
3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	
4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	
5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	
<b>4. Mobilidade</b>	
1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.)	
2. Você perdeu o equilíbrio quando se abanou ou tentou alcançar algo?	
3. Você teve dificuldade para subir escadas?	
4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	
5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	
6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	
<b>5. Humor</b>	
1. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	
2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	
3. Eu me senti atado/isolado das outras pessoas.	
4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	
5. Eu não estava interessado em comida.	
<b>6. Personalidade</b>	
1. Eu estava irritável/irritado. ("Com os nervos à flor da pele")	
2. Eu estava impaciente com os outros.	
3. Minha personalidade mudou.	
<b>7. Auto-cuidado</b>	
1. Você precisou de ajuda para preparar comida?	
2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	
3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	
4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	
<b>8. Papéis sociais</b>	
1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	
2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	
3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	
4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.	
5. Minha condição física interferiu com minha vida social.	
<b>9. Memória/concentração</b>	
1. Foi difícil para eu me concentrar.	
2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	
3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	
<b>10. Função da extremidade superior</b>	
1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	
2. Você teve dificuldade para colocar meias?	
3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	
4. Você teve dificuldade para usar o zíper?	
5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	
<b>11. Visão</b>	
1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	
2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão traze?	
3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	
<b>12. Trabalho/produzividade</b>	
1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	
2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	
3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	
Pontuação total:	

LIMA, R.C.M. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Stroke Specific Quality of Life Scale: application of the Rasch model. **Rev Bras Fisioter** 2008;12(2):149-56