



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE DO CAMPUS ARARANGUÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

NICOLE DALMOLIN KOCHAN
RENATA ANDRADE MOMO

**QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS PÓS-AVE
CRÔNICO RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ - SC**

ARARANGUÁ

2021

Nicole Dalmolin Kochan
Renata Andrade Momo

Qualidade de vida e funcionalidade em indivíduos pós-AVE crônico residentes do município de Araranguá - SC

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.

Orientadora: Dr^a Angélica Cristiane Ovando

Declaração de interesse: Nenhum declarado

ARARANGUÁ

2021

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos pais, Renato e Márcia, Wanderlei e Juliana por todo apoio e suporte. Por nunca medirem esforços pela nossa felicidade, seremos eternamente gratas! Obrigada por acreditarem em nós e por se manterem por perto, mesmo que de longe. Amamos vocês!

À nossa orientadora Angélica Cristiane Ovando, muito obrigada! Somos gratas pela compreensão, paciência, incentivo e cuidado durante esse tempo.

Agradecemos à Catiane Dall'Agnol pelo auxílio e disponibilidade para que fosse possível a realização deste estudo.

Às nossas amigas, Crislaine, Fernanda e Carol, obrigada pela amizade e companheirismo de sempre. Agradecemos por terem sido nosso suporte quando a saudade de casa apertava e por todos os momentos de descontração.

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para nossa formação acadêmica. À nossa família, amigos e professores, muito obrigada!

Qualidade de vida e funcionalidade em indivíduos pós AVE crônico residentes do município de Araranguá - SC

Quality of life and functionality in individuals after chronic stroke residing in the city of Araranguá - SC

Nicole Dalmolin Kochan¹, Renata Andrade Momo², Catiane Dall'Agnol³, Angélica Cristiane Ovando⁴

¹ Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil; email: nicoledkochan@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-9781-833X.

² Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil; email: renataamomo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5690-037X.

³ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil; email: catiane.dallagnol@gmail.com; ORCID:

⁴ Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Santa Catarina, Brasil; email: angelica.cristiane@ufsc.br; ORCID: 0000-0002-5098-3258.

Esse estudo será submetido à revista Acta Fisiátrica.

Autor correspondente: Angélica Cristiane Ovando.

Departamento de Ciências da Saúde – Campus Jardim das Avenidas, Universidade Federal de Santa Catarina. CEP: 88.906-073, Araranguá, Brasil.

Tel: +55 48 9914-6502

E-mail: angelica.cristiane@ufsc.br

RESUMO

Objetivo: Descrever a qualidade de vida e funcionalidade de indivíduos pós AVE crônico no município de Araranguá - SC e verificar a presença de correlação entre dados obtidos através dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0. **Métodos:** Foram incluídos no estudo indivíduos adultos de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de AVE crônico, com tempo de acometimento superior a seis meses, que foram avaliados através da Escala de Rankin Modificada (ERM), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) e *Stroke Impact Scale* (SIS 3.0). **Resultados:** Foram avaliados 53 participantes do estudo, com média de idade de 68,73 anos ($\pm 10,18$), com tempo médio de AVE de 6,73 anos ($\pm 5,81$). Na SIS 3.0, “funcionalidade da mão” ($34,15 \pm 33,35$) foi o domínio de maior acometimento, o instrumento WHODAS 2.0 apresentou o domínio “atividades de vida” (67,98%) com média mais alta, significando maior incapacidade. Foram encontradas correlações significativas entre os domínios dos dois instrumentos, sendo a correlação entre “locomoção” (SIS 3.0) e “mobilidade” (WHODAS 2.0); e “atividades básicas e instrumentais da vida diária” (SIS 3.0) e “autocuidado” (WHODAS 2.0) as mais altas. **Conclusão:** Pode-se concluir que os indivíduos pós AVE crônico residentes de Araranguá, que participaram deste estudo, apresentaram comprometimento em todos os domínios da funcionalidade, com maior incapacidade nas atividades de vida. Além disso, observou-se comprometimento na qualidade de vida especialmente na funcionalidade da mão. Também foi observada a correlação entre a qualidade de vida e a funcionalidade.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Qualidade de vida, Funcionalidade.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life and functionality of individuals after a chronic stroke in the city of Araranguá - SC and verify the presence of correlation between data obtained through the instruments WHODAS 2.0 and SIS 3.0. **Methods:** Adult individuals of both sexes, with a clinical diagnosis of chronic stroke, with an onset of more than six months, who were evaluated using the Modified Rankin Scale (RMS), Mini Mental State Examination (MMSE) were included in the study, *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) and *Stroke Impact Scale* (SIS 3.0). **Results:** 53 study participants were evaluated, with a mean age of 68.73 years (± 10.18), with a mean stroke time of 6.73 years (± 5.81). In SIS 3.0, "hand functionality" (34.15 ± 33.35) was the most affected domain, the WHODAS 2.0 instrument presented the domain "life activities" (67.98%) with higher mean, meaning greater inability. Significant correlations were found between the domains of the two instruments, with the correlation between "locomotion" (SIS 3.0) and "mobility" (WHODAS 2.0); And "basic and instrumental activities of daily living" (SIS 3.0) and "self-care" (WHODAS 2.0) were the highest. **Conclusion:** It can be concluded that the individuals after chronic stroke residing in Araranguá, who participated in this study, showed impairment in all domains of functionality, with greater incapacity in life activities. In addition, there was an impairment in quality of life, especially in the functionality of the hand. The correlation between quality of life and functionality was also observed.

Keywords: Stroke, Quality of life, Functionality.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como uma súbita deficiência neurológica devido à isquemia cerebral localizada ou hemorragia¹. O AVE é globalmente a segunda causa de morte após doenças cardíacas isquêmicas² e sua incidência dobra a cada década após os 55 anos de idade³.

No Brasil, foram registradas 153.773 internações por AVE isquêmico ou hemorrágico no ano de 2020, sendo 6.756 no estado de Santa Catarina (SC). No município de Araranguá, no extremo sul de SC, foram 55 internações no ano de 2020. Em 2019, ocorreram 87 internações por AVE no município⁴.

Mais de dois terços dos sobreviventes de AVE desenvolvem sequelas, incluindo função motora comprometida pós-AVE^{5,6}. Um dos acometimentos mais comuns é a hemiparesia, que poderá resultar em limitação ou perda dos movimentos, redução da massa muscular e da capacidade funcional global⁷. Quase 50% da população com AVE convive com sequelas que podem impôr alguns desafios, como: diminuição do nível de atividade e isolamento social, estes, podem resultar em eventos negativos de saúde adicionais⁸. Essas pessoas podem sofrer mudanças repentinas e intensas na função, percepção, cognição, humor, fala e QVRS (qualidade de vida relacionada à saúde)⁹.

Um estudo avaliou o comprometimento motor e a independência funcional de indivíduos pós-AVE cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Araranguá/SC. Os 56 indivíduos avaliados tinham uma média de idade de 67,3±11 anos e apresentaram comprometimento motor marcado e algum grau de dependência funcional. A correlação entre as variáveis demonstrou que indivíduos pós-AVE crônico no município de Araranguá apresentam comprometimento motor que gera dependência funcional para realização das atividades de vida diária (AVDs)¹⁰.

Para proporcionar uma abordagem centrada de acordo com as demandas específicas do indivíduo com AVE, é importante que não sejam considerados apenas os pontos de vista dos profissionais, mas também os anseios e perspectivas do paciente e sua experiência de saúde e qualidade de vida¹¹. Os profissionais de reabilitação podem ajudar os sobreviventes de AVE a redefinir as expectativas, fornecendo informações, apoiando e incentivando os indivíduos e seus cuidadores a mudar seus padrões e valores internos e redefinir o que é a melhor QVRS possível, principalmente quando não se espera que deficiências, limitações de atividades e restrições de participação se recuperem totalmente, mas ter a melhoria da QVRS como uma meta⁹.

Sendo o AVE uma condição que pode acarretar em graves sequelas que afetam a independência, funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo, é de suma importância a realização de uma ampla avaliação destes fatores, levando em conta suas características individuais¹². A avaliação fisioterapêutica dos indivíduos pós-AVE deve ter como finalidade nortear um programa de reabilitação adequado considerando as suas particularidades, já que a mesma patologia pode gerar diferentes acometimentos em diferentes contextos. Como uma ferramenta de avaliação de saúde e deficiência abrangente, o WHODAS 2.0 é capaz de mensurar a funcionalidade em seis domínios de vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação. O WHODAS 2.0 possui propriedades psicométricas reconhecidas e adaptação transcultural, que possibilita o uso com indivíduos que apresentam diferentes incapacidades¹³.

Prejuízos na funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária podem afetar diretamente a qualidade de vida e a condição de saúde¹⁴. O instrumento SIS 3.0 avalia os impactos do AVE na saúde do indivíduo dentro de oito domínios, força, memória e raciocínio, emoção, comunicação, atividades básicas e instrumentais da vida diária, locomoção, funcionalidade de mão, participação social¹⁵.

Ao se considerar a carência de pesquisas nesse contexto na região do Extremo Sul de Santa Catarina, o presente estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida e funcionalidade de indivíduos pós-AVE crônico no município de Araranguá - SC e verificar a presença de correlação entre dados obtidos através dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0.

Objetivo Principal

Este estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida e funcionalidade de indivíduos pós-AVE crônico no município de Araranguá - SC e verificar a presença de correlação entre os resultados obtidos através dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, analítico, transversal e quantitativo. Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CAAE: 04219618.7.0000.0121).

Os participantes da pesquisa foram recrutados a partir da triagem dos prontuários das 15 unidades básicas de saúde (UBSs), entre os meses de setembro de 2018 e setembro de 2019, e a partir do contato com fisioterapeutas que atuavam em clínicas de fisioterapia de menor complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Araranguá- SC, onde foram identificados 578 possíveis participantes. Ao final do processo de recrutamento, este estudo contou com a participação de 53 indivíduos.

Foram incluídos no estudo indivíduos adultos de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de AVE crônico, com tempo de acometimento superior a seis meses, e com deficiência a partir de nível 2 da Escala de Rankin Modificada (ERM)¹⁶. Foram excluídos deste estudo os indivíduos com capacidade prejudicada de compreensão avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁷, indivíduos afásicos e com deficiência decorrente de outras comorbidades ou distúrbios que influenciavam sua funcionalidade como, por exemplo: disfunções ortopédicas, vasculares, reumatológicas, agravos neurológicos advindo de outras patologias de base, dentre outros. O contato com os pacientes foi realizado via telefone, onde foram informados e convidados a participarem desta pesquisa. Também foram esclarecidos os objetivos do estudo, os instrumentos utilizados, o sigilo das informações, bem como, a importância da sua participação. Após o aceite do participante que se enquadrasse nos critérios de inclusão, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um fisioterapeuta utilizou os instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0 para avaliação da qualidade de vida e funcionalidade.

O WHODAS 2.0 é um instrumento prático e genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico. Esse instrumento teve sua adaptação transcultural para o Brasil em 2015, e aborda o grau de desempenho da pessoa para realizar as atividades nos 6 principais domínios da vida do indivíduo, que são: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação, nos últimos 30 dias. A soma dos valores pontuados em cada item é transformada em um escore total padronizado pela escala que abrange os valores de 0 a 100. Pontuações mais altas indicam maior incapacidade¹³.

Desenvolvida pela OMS, essa é uma ferramenta de avaliação de saúde e incapacidade que abrange qualquer condição de saúde, em relação à funcionalidade, além de auxiliar no planejamento de intervenções, monitoramento dos impactos em saúde, e eficácia na

aplicabilidade, confiabilidade e validade em diferentes culturas¹³. Uma pesquisa na Alemanha avaliou as propriedades psicométricas desse instrumento em indivíduos com AVE e o mesmo se mostrou satisfatório e com boa confiabilidade¹⁸. No Brasil, foi realizado um estudo de validação da versão brasileira do WHODAS 2.0 em indivíduos pós-AVE crônicos, que visou investigar as propriedades psicométricas do instrumento. Foi observado um excelente valor da consistência interna ($\alpha=0,93$), bom resultado na confiabilidade interavaliadores (ICC=0,85) e excelente confiabilidade teste-reteste (ICC = 0,92)¹⁹. Nesse presente estudo, foi aplicada a versão completa (36 itens) do instrumento, com omissão dos itens de trabalho e escolaridade, no domínio 5, portanto foi respondido o total de 32 itens.

A SIS 3.0 avalia especificamente o impacto do AVE na saúde do indivíduo, sendo organizada em oito domínios: força, memória e raciocínio, emoção, comunicação, atividades básicas e instrumentais da vida diária, locomoção, funcionalidade da mão e participação social, ao total são 59 itens. Ao final, o indivíduo gradua através de sua percepção, pela escala analógica visual de 0 a 100, a sua evolução de saúde pós-AVE, no qual valores próximos do máximo representam maior recuperação, enquanto valores mais baixos estão associados a pior qualidade de vida¹⁵. A escala SIS 3.0 foi validada no Brasil²⁰ e demonstrou propriedades satisfatórias para avaliar as consequências do AVE nos diferentes contextos culturais¹⁵.

A Escala de Rankin Modificada (ERM) foi utilizada no presente estudo para avaliar o nível de incapacidade dos indivíduos pós-AVE, os quais foram incluídos os indivíduos que apresentaram classificação a partir do nível 2 de incapacidade. A escala apresenta seis categorias que vão de 0 a 6, onde: 0 indica ausência de sintomas decorrentes do AVE; 1 - indica que não há deficiência significativa; 2 - presença de deficiência leve; 3 - deficiência moderada; 4 - deficiência moderadamente severa; 5 - deficiência grave; e 6 - óbito¹⁶.

Assim como a ERM, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) também foi utilizado como critério de exclusão no estudo. O exame avalia possíveis déficits cognitivos e monitora a evolução e as respostas ao tratamento, apresentando questões relacionadas à orientação, memória, atenção, habilidade do indivíduo de nomear, obedecer a um comando verbal e a um escrito, redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo. O escore total é de 30 pontos²¹. Os pontos de corte são diferentes para cada indivíduo de acordo com seu nível de escolaridade, sendo 13 pontos para indivíduos analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa e média escolaridade e 26 pontos para alta escolaridade²².

Todos os dados coletados foram armazenados em uma planilha no programa Microsoft Excel 2010®. As características sociodemográficas dos participantes e os dados dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0 foram apresentados por frequências, média e desvio padrão. Em virtude dos dados terem sido paramétricos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a relação entre a qualidade de vida e a funcionalidade, adotando-se nível de significância de 5%. Nesse estudo, foi considerado ausência de correlação quando $r=0$, baixa correlação quando $r= 0,10$ a $0,39$, correlação moderada quando $r = 0,40$ a $0,69$ e correlação forte em valores a partir de $0,70$ ²⁴.

RESULTADOS

De 578 indivíduos encontrados, 53 participaram do estudo. Os participantes tinham idade média de 68,73 anos ($\pm 10,18$), com tempo médio de AVE de 6,73 anos ($\pm 5,81$). O instrumento MEEM obteve média de 26,04 (DP $\pm 4,16$) pontos e em relação ao nível de incapacidade e independência nas AVDs, 24 participantes (45,28%) apresentaram grau 2 (deficiência leve), 24 participantes (45,28%) exibiram grau 3 (deficiência moderada) e 5 participantes (9,43%) exibiram grau 4 (deficiência moderadamente grave). Nenhum

participante apresentou deficiência grave. A seguir, estão apresentados os resultados da triagem dos indivíduos do estudo (Figura 1).

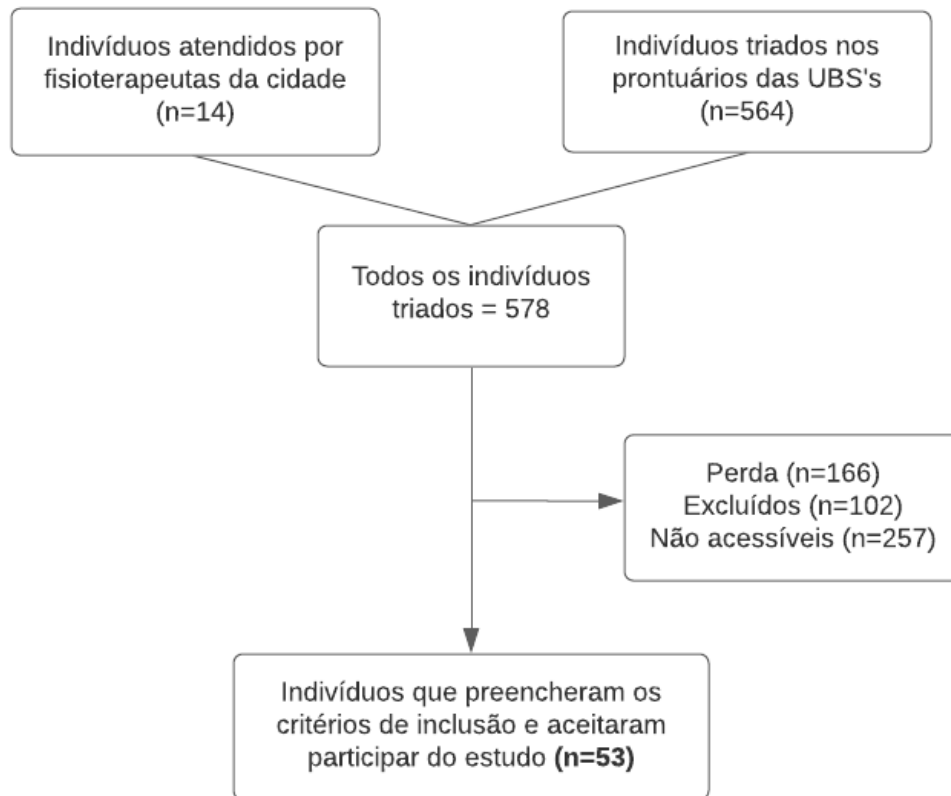


Figura 1. Fluxograma do recrutamento do estudo.

Os dados da tabela 1 apresentam as características clínicas e sociodemográficas dos indivíduos acometidos por AVE. Observa-se que a amostra do estudo é homogênea em relação ao sexo, sendo 27 homens e 26 mulheres. O tipo de AVE predominante encontrado foi o isquêmico (69,81%) e o hemisfério acometido o esquerdo (54,72%). Em relação aos hábitos de vida prévios ao AVE, cerca de 49,05% relataram não possuir hábitos nocivos como álcool e tabagismo, no pós-AVE quase a totalidade dos participantes não continua tabagista ou etilista.

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas dos indivíduos pós-AVE crônicos.

Variável	Categoria	Resultados N (%)	
		N	%
Sexo	Masculino	27	50,94
	Feminino	26	49,06
Autopercepção de cor e raça	Branco(a)	45	84,91
	Negro(a)	4	7,55
	Pardo(a)	2	3,77
	Amarelo(a)	1	1,89
	Mulato(a)	1	1,89
Estado civil	Solteiro(a)	2	3,77
	Casado(a)	31	58,49
	Divorciado(a) ou separado(a)	6	11,32
	Viúvo(a)	11	20,75
Renda	Mora com companheiro(a)	3	5,66
	Menos de 1 salário mínimo	18	33,96
	Entre 1 e 2 salários mínimos	29	54,76
	Entre 2 e 3 salários mínimos	3	5,66
Grau de instrução	Mais de 3 salários mínimos	3	5,66
	Ensino fundamental incompleto	46	86,79
	Ensino fundamental completo	2	3,77
	Ensino médio completo	5	9,43
Tipo de AVE	Isquêmico	37	69,81
	Hemorragico	8	15,09
	Não soube especificar	8	15,09
Hemicorpo acometido	Direito	23	43,4
	Esquerdo	29	54,72
	Não soube especificar	1	1,89
Hábitos nocivos prévios ao AVE	Álcool e fumo	16	30,18
	Apenas álcool	5	9,43
	Apenas fumo	6	11,32
	Nenhum	26	49,05
Hábitos nocivos pós-AVE	Continua tabagista ou etilista	4	7,55
	Não continua tabagista ou etilista	49	92,45
Dispositivo auxiliar utilizado	Nenhum	33	62,26
	Bengala	1	1,89
	Muleta(s)	13	24,53
	Andador	3	5,66
	Cadeira de rodas	3	5,66
Realiza fisioterapia atualmente	Apenas no SUS	13	24,53
	Apenas particular	3	5,66
	Não realiza fisioterapia	37	69,81

A tabela 2 apresenta os domínios da SIS 3.0. Os dados estão apresentados por domínios, média, desvio-padrão e mínimo-máximo. O domínio “Funcionalidade da mão” (34,15±33,35) teve a menor média, sendo o domínio de maior acometimento. Já o domínio “Comunicação” (78,44±22,23) teve a maior média, caracterizando o domínio menos acometido.

Tabela 2. Resultado da *Stroke Impact Scale* (SIS 3.0)

Domínio SIS 3.0 (pontos)	Média	DP	Mínimo-Máximo
Força	45,57	28,26	0-100
Memória e raciocínio	69,34	24,55	10,7-100
Humor	65,36	20,73	13,9-97,2
Comunicação	78,44	22,23	21,4-100
Atividades básicas e instrumentais da vida diária	51,98	27,34	0-100
Locomoção	54,08	27,93	0-100
Funcionalidade da mão	34,15	33,35	0-100
Participação social	49,49	25,74	3,1-100
Recuperação do AVE	55,28	25,08	0-100

SIS = *Stroke Impact Scale*

A figura 2 apresenta os domínios, os valores de média e desvio padrão do instrumento WHODAS 2.0. Podemos observar que o domínio “Relações interpessoais” obteve menor pontuação da média, sendo o menos acometido. O domínio “Atividades de vida” teve maior pontuação na média, resultando no domínio mais acometido.

WHODAS 2.0

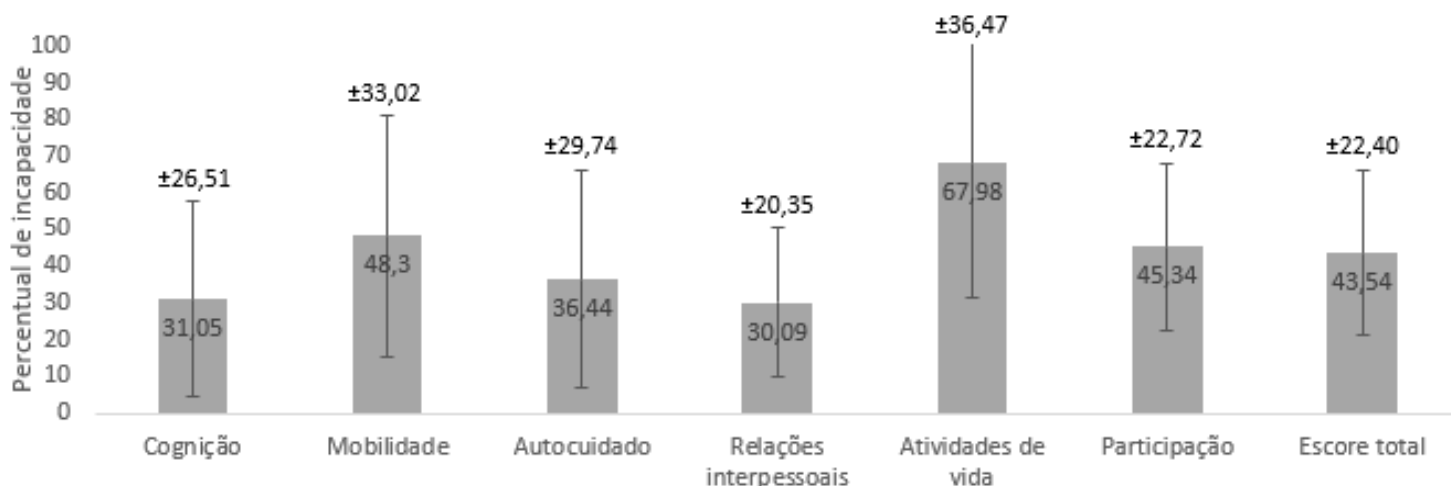


Figura 2. Resultados por domínio do WHODAS 2.0 dos indivíduos pós-AVE.

Para a realização das correlações, foram selecionados os domínios dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0. Na tabela 3 encontram-se os coeficientes de correlação entre os domínios. A maioria das correlações entre os domínios são baixas ou moderadas. As correlações mais fortes encontradas foram “Locomoção” (SIS 3.0) e “Mobilidade” (WHODAS 2.0); “Atividades básicas e instrumentais da vida diária” (SIS 3.0) e “Autocuidado” (WHODAS 2.0); “Atividades básicas e instrumentais da vida diária” (SIS 3.0) e “Atividades de vida (WHODAS 2.0); E “Participação social” (SIS 3.0) e “Participação” (WHODAS 2.0).

Tabela 3. Distribuição dos coeficientes de correlação entre os domínios do WHODAS 2.0 e da SIS 3.0 (n=53)

Domínios SIS 3.0	Domínios WHODAS 2.0					
	Cognição	Mobilidade	Autocuidado	Relações interpessoais	Atividades de vida	Participação
Memória e raciocínio	-0,61**	-0,28*	-0,47**	-0,5**	-0,21	-0,26
Locomoção	-0,4**	-0,88**	-0,59**	-0,25	-0,51**	-0,53**
Comunicação	-0,53**	-0,26	-0,41**	-0,32*	-0,24	-0,29*
Atividades básicas e instrumentais da vida diária	-0,5**	-0,63**	-0,74**	-0,34*	-0,78**	-0,58**
Participação social	-0,5**	-0,45**	-0,55**	-0,26	-0,34*	-0,77**
Funcionalidade da mão	-0,43**	-0,452**	-0,55**	-0,34*	-0,39**	-0,61**
Força	-0,34*	-0,48**	-0,47**	-0,33*	-0,30*	-0,64**
Humor	-0,6**	-0,48**	-0,47**	-0,46**	-0,29*	-0,48**

SIS = *Stroke Impact Scale*

WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever a qualidade de vida e funcionalidade de indivíduos pós-AVE crônico no município de Araranguá-SC, assim como analisar a presença de correlações entre os resultados obtidos através dos instrumentos WHODAS 2.0 e SIS 3.0. Em relação a caracterização da amostra, foi observado uma homogeneidade em relação ao sexo, com predomínio de AVE isquêmico e hemisfério esquerdo acometido. Nesse estudo, a maioria dos participantes eram idosos, sendo um resultado já esperado visto que a ocorrência de AVE é maior na população idosa e a partir dos 55 anos de idade a sua incidência dobra a cada década. Além disso, 70% dos casos ocorrem acima dos 65 anos²⁵.

Mais da metade dos participantes (50,94%) tinham hábitos nocivos antes do AVE, como consumo de álcool, fumo, ou ambos, e 92,45% deixaram de ser etilistas e/ou tabagistas após o AVE. Recentemente, um estudo de revisão com meta-análise concluiu que o AVE tem uma relação dose-dependente com o tabagismo atual, independentemente do sexo, mas não houve uma associação entre ex-fumantes e a incidência de AVE, indicando que parar de fumar tem um efeito positivo na incidência de AVE²⁶. A ingestão excessiva de álcool (>45 g/dia) também está relacionada a um aumento significativo do risco de acidente vascular encefálico²⁷. A necessidade de mudanças no estilo de vida é muito importante, visto que é um fator de risco modificável.

Grande parte dos indivíduos participantes deste estudo não realizam fisioterapia atualmente, e a maioria dos que realizam, o fazem pelo SUS. Em geral, os serviços de reabilitação para sobreviventes de AVE estão disponíveis e oferecem intervenções mais intensivas na fase inicial após o AVE, diminuindo gradualmente a partir daí. No entanto, achados sugerem que uma recuperação funcional significativa pode ser observada mesmo quando intervenções fisioterapêuticas são aplicadas tardiamente após o acidente vascular cerebral²⁸. A fisioterapia a longo prazo pode reduzir o risco de piora progressiva em indivíduos que apresentam deficiências persistentes pós-AVE, visto que a recuperação pode continuar além dos três primeiros meses. A determinação da necessidade de terapia crônica ou de manutenção é feita a partir da avaliação contínua do estado funcional do indivíduo²⁹.

Nesse estudo, o instrumento WHODAS 2.0 foi utilizado para a avaliação de saúde e incapacidade relacionado aos seis principais domínios da vida do indivíduo. O instrumento WHODAS 2.0 engloba questões abrangentes em cada domínio, referentes aos últimos 30 dias precedentes à aplicação do questionário. O domínio “atividades de vida” foi o que apresentou maior comprometimento (67,98% de incapacidade). Esse domínio apresenta questões que englobam responsabilidades domésticas, lazer e trabalho.

O AVE é uma doença geradora de incapacidades, com perdas de independência e por vezes, da autonomia, o que exige frequentemente a presença de alguém para auxiliar estes indivíduos no desempenho de suas atividades diárias³⁰. Consequentemente, haverá restrições na participação social e no retorno às atividades laborais, devido a barreiras, sejam financeiras, físicas, emocionais, estruturais ou de locomoção, por exemplo³¹.

Outra questão importante é o retorno ao trabalho. Estudos mostram que os fatores inibidores mais comuns para o não retorno ao trabalho incluem disfunção dos membros superiores, dificuldades de locomoção, fadiga, reabilitação insatisfatória, déficits cognitivos e depressão, baixa autoestima, medo do estigma social, ambiente de trabalho insatisfatório, impedimento da fala e deficiências motoras. O funcionamento cognitivo global prejudicado é um fator significativo para o não retorno ao trabalho. Kobylanska et al.²⁹ também afirmam a importância da orientação e acolhimento dos empregadores, por fim, sabe-se que problemas físicos, emocionais, cognitivos e psicológicos podem decorrer do AVE e afetar as atividades laborais²⁹.

Os domínios mobilidade e participação também apresentaram comprometimento importante, com quase 50% de incapacidade. Um estudo relatou que apenas 11% de pacientes com AVE crônico estavam completamente satisfeitos com seu nível de participação na sociedade. Isso nos mostra que há uma necessidade de abordagens e estratégias eficazes de prestação de cuidados para melhorar o nível de participação social pós-AVE, uma vez que o isolamento social gera impacto direto na piora da qualidade de vida. Outros estudos revelaram que intervenções baseadas em exercícios físicos podem ser uma opção muito eficaz nesta população de pacientes³².

A inclusão social, trabalho, funções domésticas e relações com família, amigos, colegas e vizinhos são fundamentais na análise de redes sociais¹¹. Outros estudos citam que os pacientes com AVE consideram como prioridade a recuperação de atividades importantes e a participação na comunidade do que a recuperação de funções físicas específicas. Assim, o exercício de uma atividade laboral e a realização de um trabalho podem estar associados a melhor qualidade de vida e também a menor incapacidade^{33,34}.

O comprometimento importante do domínio “mobilidade” pode estar relacionado com as sequelas pós-AVE, que acometem principalmente a função física e motora, causando perda ou diminuição da mobilidade^{7,35}, e dessa forma levando à dificuldades em realizar as atividades de vida diária de forma independente³⁷. No município de Araranguá-SC, cidade onde foi realizado o presente estudo, apesar da Lei Complementar Nº 147/2012, que dispõe sobre a Mobilidade Urbana, fundamentada na Constituição Federal; na Lei Federal nº 10.257/01, a acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida ainda se encontra em processo de construção vagaroso, com barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a mobilidade do público que exibe limitações físicas, tendo impacto direto no convívio social.

Os domínios Cognição (31,05±26,51) e Relações interpessoais (30,09±20,35) do WHODAS 2.0 obtiveram as pontuações mais baixas, indicando menor incapacidade. Esse resultado possivelmente está relacionado com um dos fatores de exclusão do estudo, que através da pontuação de corte MEEM excluiu pessoas que não apresentavam condições cognitivas e de comunicação eficientes. Apesar disso, a cognição é um aspecto relevante uma vez que está fortemente ligado à atividades cotidianas, sociais, laborais, de lazer, de autocuidado e de relações interpessoais.

O outro instrumento utilizado, a SIS 3.0, avalia especificamente o impacto do AVE na saúde do indivíduo em oito domínios, fornecendo informações importantes sobre a qualidade de vida. No presente estudo, o domínio “funcionalidade da mão” (34,15±33,35) apresentou-se com maior acometimento, seguido de “força”, “participação social”, “atividades básicas e instrumentais da vida diária”, “locomoção”, “humor”, “memória e raciocínio” e “comunicação”. A menor média no domínio “comunicação” também pode ser explicada pelo fato de ter sido utilizado como critério de exclusão, como citado anteriormente.

Após um AVE, a hemiparesia pode afetar até 85% dos sobreviventes, sendo uma deficiência motora grave que está diretamente ligada à capacidade de gerar um nível normal de força muscular. A fraqueza muscular é um dos principais fatores que retardam a recuperação das habilidades físicas normais dos pacientes e podem levar à imobilização ou à redução acentuada da atividade física³⁷. Ainda, estima-se que três meses após o AVE, 70% dos sobreviventes andam a uma velocidade reduzida e 20% permanecem na cadeira de rodas³⁸. A deficiência de marcha pós-AVE diminui a independência, a mobilidade, as atividades da vida diária e a participação nas atividades da comunidade, afetando diretamente a qualidade de vida desses indivíduos.

A funcionalidade da mão tem grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, visto que geralmente, a hemiparesia afeta a função de movimento da mão e do punho mais do que o ombro e o cotovelo. Além disso, estudos sugerem que, em média, menos da metade dos indivíduos consegue recuperar a função do braço após 6 meses. Movimentos como

alcançar, agarrar e manipular objetos são afetados e, por sua vez, acarretam em dificuldades como tomar banho, vestir-se, comer e ir ao banheiro. Consequentemente, a perda ou alteração da função da mão influencia diretamente na independência das atividades de vida diária e qualidade de vida, visto que dependem em grande parte da função preservada dos membros superiores³⁹.

Os resultados dos domínios “participação social”, “atividades básicas e instrumentais da vida diária” e “locomoção” mostram um prejuízo na qualidade de vida, devido também a fatores discutidos anteriormente, como diminuição da autonomia, baixa retomada ao trabalho, isolamento social, dificuldades físicas, de locomoção e mobilidade, que impactam direta e indiretamente na funcionalidade do indivíduo. O estudo de Mildner et al.⁴⁰ afirma que as condições clínicas são fatores influenciadores no desempenho ocupacional, assim, as sequelas do AVE têm influência nas atividades relacionadas ao autocuidado, à produtividade e ao lazer. A maioria dos participantes desse estudo, tiveram a atividade “cortar o alimento” e “tarefas domésticas” como as principais atividades afetadas, assim como a área de autocuidado, que desempenha um papel importante na saúde, auto estima e bem-estar de cada indivíduo.

As correlações entre os instrumentos demonstram que os domínios do WHODAS 2.0, “Cognição”, “Autocuidado” e “Participação” e os domínios da SIS 3.0, “Locomoção” e “Atividades básicas e instrumentais da vida diária” apresentaram correlações fortes e moderadas. O domínio “Participação” do WHODAS 2.0 obteve correlações significativas com a maioria dos domínios da SIS, com valores superiores associados a aos domínios “Força”, “Funcionalidade da mão” e “Locomoção” do instrumento SIS 3.0. Essas correlações mostram o impacto dessas consequências e como elas afetam a participação social em atividades da vida cotidiana do indivíduo. Desse modo, destacamos a importância da reabilitação e atenção a essas limitações, mesmo na fase crônica do AVE. Foram encontradas correlações consideradas fortes entre os domínios “Locomoção” da SIS 3.0 com “Mobilidade” do WHODAS 2.0, entre os domínios “Atividades básicas e instrumentais da vida diária” da SIS 3.0 com “Autocuidado” e “Atividades de Vida” do WHODAS 2.0, e também entre o domínio “Participação do WHODAS 2.0 e “Participação” da SIS. Essas correlações eram esperadas, já que nestes domínios os dois instrumentos avaliam construtos semelhantes.

Este estudo apresenta como limitação, a amostra relativamente pequena, que dificultou a análise de diferenças relevantes entre os subgrupos. Apesar de alguns domínios dos instrumentos utilizados estarem ligados ao suporte familiar e social, esses fatores não foram analisados separadamente.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os indivíduos pós-AVE crônico residentes de Araranguá, que participaram deste estudo, apresentaram comprometimento em todos os domínios da funcionalidade, com maior incapacidade nas atividades de vida. Além disso, observou-se comprometimento em todos os domínios relacionados à qualidade de vida, em especial na funcionalidade da mão. Também foi observada a relação entre a qualidade de vida avaliada pela SIS e a funcionalidade avaliada pelo WHODAS 2.0 através das correlações significativas encontradas. Embora os instrumentos sejam relacionados, não são completamente sobrepostos e podem ser utilizados em conjunto para avaliar o paciente pós-AVE.

REFERÊNCIAS

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors J, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-89. DOI: <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
2. Feigin VL, Abajobir AA, Abate KH, Abd-Allah F, Abdulle AM, Abera SF, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Neurology*. 2017;16(11):877-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5)
3. Grysiewicz RA, Thomas K, Pandey DK. Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. *Neurologic clinics*. 2008;26(4):871-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2008.07.003>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Informações em Saúde. Disponível em: 08/10/2021. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>
5. Paul SL, Srikanth VK, Thrift AG. The large and growing burden of stroke. *Current drug targets*. 2007;8(7):786-93. DOI: 10.2174 / 138945007781077418
6. O'Dell MW, Lin C-CD, Harrison V. Stroke rehabilitation: strategies to enhance motor recovery. *Annual review of medicine*. 2009;60:55-68. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042707.104248>
7. Indredavik B, Rohweder G, Naalsund E, Lydersen S. Medical complications in a comprehensive stroke unit and an early supported discharge service. *Stroke*. 2008;39(2):414-20. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042707.104248>
8. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Co[^]te R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2002;83(8):1035-42. DOI: <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.33984>
9. Barclay-Goddard R, Lix LM, Tate R, Weinberg L, Mayo NE. Health-related quality of life after stroke: does response shift occur in self-perceived physical function? *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2011;92(11):1762-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.013>
10. Riseti J, Feistauer JB, Luiz JM, da Silveira LdS, Ovando AC. Independência funcional e comprometimento motor em indivíduos pós-AVE da comunidade. *Acta fisiátrica*. 2020;27(1). DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v27i1a169615>
11. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, Meucci P, Sattin D, Leonardi M, et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2012;91(13):S39-S47. DOI: 10.1097 / PHM.0b013e31823d4df7

12. Utida KAM, Batiston AP, de Souza LA, de Oliveira Martins H, de Aquiles Bernardo KM, Martins MS, et al. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. CEP. 2016;79004:070. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160021>
13. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0: World Health Organization; 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=>
14. Carvalho JC, Gusmão CA, Matos MA, Matias AC, Santos NA. Avaliação dos desfechos de funcionalidade e mobilidade pós-acidente vascular encefálico. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2013;15(4):100-4. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/10400>
15. Carod-Artal FJ, Coral LF, Trizotto DS, Moreira CM. The stroke impact scale 3.0: evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian version. Stroke. 2008;39(9):2477-84. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.513671>
16. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, 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 Diseases. 2009;27(2):119-22. DOI: <https://doi.org/10.1159/000177918>
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12(3):189-98. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
18. Schlote A, Richter M, Wunderlich M, Poppendick U, Möller C, Schwelm K, et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. Disability and rehabilitation. 2009;31(11):855-64. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280802355262>
19. Dall'Agnol C. Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 em indivíduos pós-acidente vascular encefálico 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/218993>
20. Brandão AD, Teixeira NB, Brandão MC, Vidotto MC, Jardim JR, Gazzotti MR. Translation and cultural adaptation of the stroke impact scale 2.0 (SIS): a quality-of-life scale for stroke. Sao Paulo Medical Journal. 2018;136:144-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0114281017>
21. Melo DMd, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & saúde coletiva. 2015;20:3865-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>

22. Bertolucci PH, Brucki S, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 1994;52(1):01-7. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/S0004-282X1994000100001>
23. CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=2A70C94AC3A860E900A9326D328F7407?sequence=19>
24. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal*. 2012;24(3):69-71. PMID: PMC3576830
25. Costa VdSP, Guimarães PSR, Fernandes KBP, Probst VS, Marquez AdS, Fujisawa DS. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. *Fisioterapia em Movimento*. 2014;27(4):555-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.004.AO07>
26. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: a meta-analysis. *Medicine*. 2019;98(12). DOI: <https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.00000000000014872>
27. Zhang C, Qin Y-Y, Chen Q, Jiang H, Chen X-Z, Xu C-L, et al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose–response meta-analysis of prospective studies. *International journal of cardiology*. 2014;174(3):669-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.04.225>
28. Ferrarello F, Baccini M, Rinaldi LA, Cavallini MC, Mossello E, Masotti G, et al. Efficacy of physiotherapy interventions late after stroke: a meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2011;82(2):136-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2009.196428>
29. Kobyłańska M, Kowalska J, Neustein J, Mazurek J, Wójcik B, Bełza M, et al. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work*. 2018;61(4):523-35. DOI: <https://dx.doi.org/10.3233%2FWOR-162823>
30. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005;39:154-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>
31. Miranda REd, Schmidt D, Hanauer L, Peralles SNR, Striebel VLW. Avaliação do acesso à fisioterapia após a alta hospitalar em indivíduos com acidente vascular cerebral. *Clinical and biomedical research Porto Alegre* Vol 38, no 3 (out 2018), p 245-252. 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.84737>
32. Zhang Q, Schwade M, Smith Y, Wood R, Young L. Exercise-based interventions for post-stroke social participation: a systematic review and network meta-analysis. *International*

33. Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke—important factors for health-related quality of life. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(15-16):2196-206. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x>

34. Muus I, Petzold M, Ringsberg KC. Health-related quality of life among Danish patients 3 and 12 months after TIA or mild stroke. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2010;24(2):211-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00705.x>

35. Langhorne P, Stott D, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*. 2000;31(6):1223-9. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.6.1223>

36. Schiemanck SK, Kwakkel G, Post MW, Kappelle LJ, Prevo AJ. Predicting long-term independency in activities of daily living after middle cerebral artery stroke: does information from MRI have added predictive value compared with clinical information? *Stroke*. 2006;37(4):1050-4. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000206462.09410.6f>

37. Wist S, Clivaz J, Sattelmayer M. Muscle strengthening for hemiparesis after stroke: A meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016;59(2):114-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.001>

38. Silva S, Borges LR, Santiago L, Lucena L, Lindquist AR, Ribeiro T. Motor imagery for gait rehabilitation after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(9). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013019.pub2>

39. Wang H, Arceo R, Chen S, Ding L, Jia J, Yao J. Effectiveness of interventions to improve hand motor function in individuals with moderate to severe stroke: a systematic review protocol. *BMJ open*. 2019;9(9):e032413. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032413>

40. Mildner AR, Ponte AS, Delboni MCC, Pommerehn J, Estivalet K, Duarte BSL. Desempenho ocupacional de pessoas hemiplégicas pós-avc a partir do uso de tecnologias assistivas/Post-CVA hemiplegic patients occupational performance from the use of assistive technologies. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*. 2017;1(4):447-56. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto12498>

ANEXOS

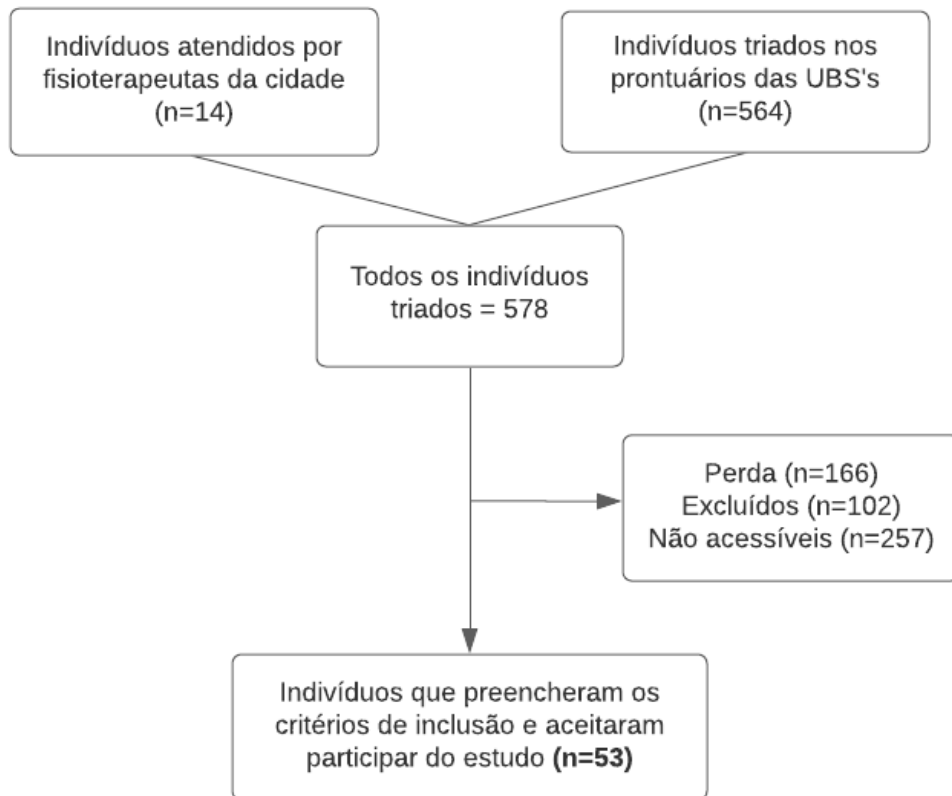


Figura 1. Fluxograma do recrutamento do estudo.

WHODAS 2.0

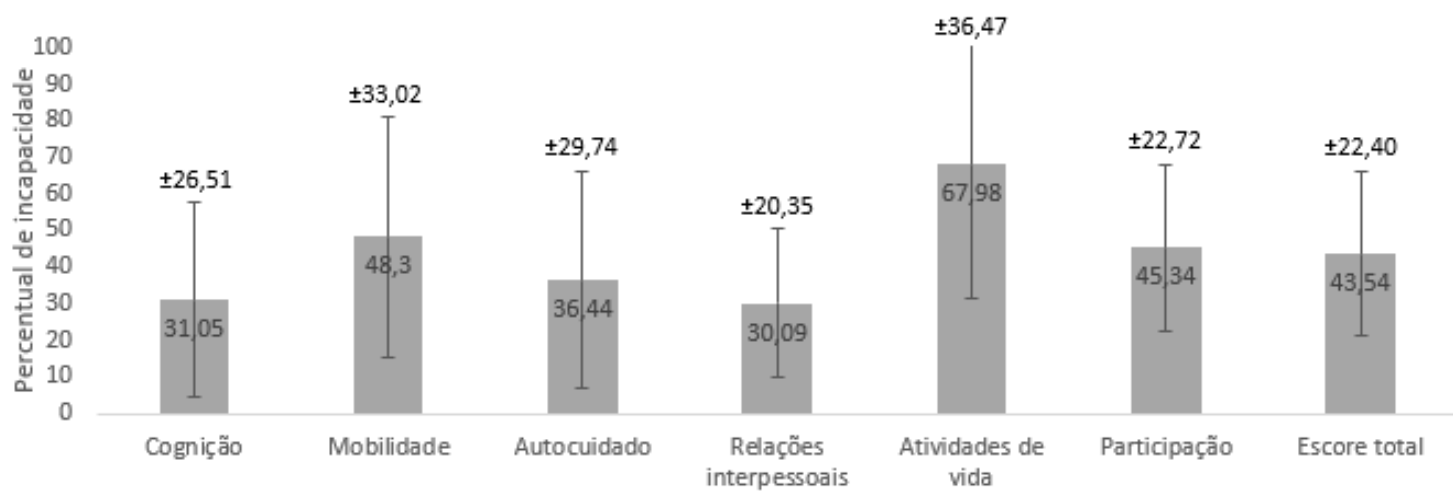


Figura 2. Resultados por domínio do WHODAS 2.0 dos indivíduos pós-AVE

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas dos indivíduos pós-AVE crônicos

Variável	Categoria	Resultados N (%)	
		N	%
Sexo	Masculino	27	50,94
	Feminino	26	49,06
Autopercepção de cor e raça	Branco(a)	45	84,91
	Negro(a)	4	7,55
	Pardo(a)	2	3,77
	Amarelo(a)	1	1,89
	Mulato(a)	1	1,89
Estado civil	Solteiro(a)	2	3,77
	Casado(a)	31	58,49
	Divorciado(a) ou separado(a)	6	11,32
	Viúvo(a)	11	20,75
Renda	Mora com companheiro(a)	3	5,66
	Menos de 1 salário mínimo	18	33,96
	Entre 1 e 2 salários mínimos	29	54,76
	Entre 2 e 3 salários mínimos	3	5,66
Grau de instrução	Mais de 3 salários mínimos	3	5,66
	Ensino fundamental incompleto	46	86,79
	Ensino fundamental completo	2	3,77
	Ensino médio completo	5	9,43
Tipo de AVE	Isquêmico	37	69,81
	Hemorragico	8	15,09
	Não soube especificar	8	15,09
Hemicorpo acometido	Direito	23	43,4
	Esquerdo	29	54,72
	Não soube especificar	1	1,89
Hábitos nocivos prévios ao AVE	Álcool e fumo	16	30,18
	Apenas álcool	5	9,43
	Apenas fumo	6	11,32
	Nenhum	26	49,05
Hábitos nocivos pós-AVE	Continua tabagista ou etilista	4	7,55
	Não continua tabagista ou etilista	49	92,45
Dispositivo auxiliar utilizado	Nenhum	33	62,26
	Bengala	1	1,89
	Muleta(s)	13	24,53
	Andador	3	5,66
	Cadeira de rodas	3	5,66
Realiza fisioterapia atualmente	Apenas no SUS	13	24,53
	Apenas particular	3	5,66
	Não realiza fisioterapia	37	69,81

Tabela 2. Resultado da *Stroke Impact Scale* (SIS 3.0)

Domínio SIS 3.0 (pontos)	Média	DP	Mínimo-Máximo
Força	45,57	28,26	0-100
Memória e raciocínio	69,34	24,55	10,7-100
Humor	65,36	20,73	13,9-97,2
Comunicação	78,44	22,23	21,4-100
Atividades básicas e instrumentais da vida diária	51,98	27,34	0-100
Locomoção	54,08	27,93	0-100
Funcionalidade da mão	34,15	33,35	0-100
Participação social	49,49	25,74	3,1-100
Recuperação do AVE	55,28	25,08	0-100

SIS = *Stroke Impact Scale*

Tabela 3. Distribuição dos coeficientes de correlação entre os domínios do WHODAS 2.0 e da SIS 3.0 (n=53)

Domínios SIS 3.0	Domínios WHODAS 2.0					
	Cognição	Mobilidade	Autocuidado	Relações interpessoais	Atividades de vida	Participação
Memória e raciocínio	-0,61**	-0,28*	-0,47**	-0,5**	-0,21	-0,26
Locomoção	-0,4**	-0,88**	-0,59**	-0,25	-0,51**	-0,53**
Comunicação	-0,53**	-0,26	-0,41**	-0,32*	-0,24	-0,29*
Atividades básicas e instrumentais da vida diária	-0,5**	-0,63**	-0,74**	-0,34*	-0,78**	-0,58**
Participação social	-0,5**	-0,45**	-0,55**	-0,26	-0,34*	-0,77**
Funcionalidade da mão	-0,43**	-0,452**	-0,55**	-0,34*	-0,39**	-0,61**
Força	-0,34*	-0,48**	-0,47**	-0,33*	-0,30*	-0,64**
Humor	-0,6**	-0,48**	-0,47**	-0,46**	-0,29*	-0,48**

SIS = *Stroke Impact Scale*

WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português do WHODAS 2.0 em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico

Pesquisador: Angélica Cristiane Ovando

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04219618.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.166.556

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de Mestrado do programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação campus Araranguá orientada pela profa. Dra. Angélica Cristiane Ovando e que pretende realizar um estudo do tipo transversal e metodológico objetivo avaliar as propriedades psicométricas do questionário de avaliação de saúde e deficiência (WHODAS 2.0) versão de 36 itens em indivíduos adultos portadores de AVE na cidade de Araranguá-SC. A pesquisa será realizada com 50 indivíduos portadores de AVE e seus respectivos cuidadores no ambiente domiciliar dos participantes ou clínica escola de fisioterapia da UFSC. Será aplicado ao paciente o questionário WHODAS 2.0 em 3 momentos distintos com intervalo de 3 a 7 dias entre eles, por 2 pesquisadores devidamente instruídos e capacitados que não terão contato entre si, serão aplicados também o questionário WHODAS versão proxy ao cuidador do paciente sempre que esse existir, a Scale Impact Stroke (SIS), a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de Avaliação de Fugl Meyer e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a fim de através dos dados obtidos avaliar as seguintes propriedades psicométricas: confiabilidade inter-avaliadores, confiabilidade teste-reteste, validade de constructo, a validade concorrente correlacionando-a com o instrumento SIS, validade discriminante em pessoas com diferentes níveis de acometimento e confiabilidade da versão proxy com relação a versão auto administrada.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.166.556

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral será avaliar as propriedades psicométricas do questionário de avaliação de saúde e deficiência (WHODAS 2.0) versão de 36 itens em 50 indivíduos adultos portadores de AVE na cidade de Araranguá- SC.

Objetivo Secundário:

Analisar a confiabilidade inter-avaliadores do instrumento WHODAS 2.0; Analisar a confiabilidade teste-reteste do instrumento WHODAS 2.0; Avaliar a validade de constructo do instrumento WHODAS 2.0; Investigar a validade concorrente correlacionando-a com a Escala de Impacto do AVE (SIS) e com a Medida de Independência Funcional (MIF); Identificar a validade discriminante em pessoas com diferentes níveis de acometimento através da escala de avaliação de Fugl-Meyer; Identificar a confiabilidade da versão proxy com relação a versão auto-administrada; Caracterizar o impacto do AVE da população avaliada através da Escala de Impacto do AVE (SIS); Avaliar se indivíduos com diferentes comprometimentos motores apresentam diferentes respostas ao questionário WHODAS 2.0

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos considerados mínimos, pois não será utilizado nenhum tipo de avaliação invasiva, os indivíduos responderão aos questionários e realizarão uma demonstração simples de como executam determinados movimentos (por meio da escala de Fugl-Meyer), podendo ser comparado a subir 3 a 4 degraus, a todo o momento o avaliador estará presente. Com relação aos riscos apresentados ao se responder a um questionário pode se levar em consideração: desconforto, devido à natureza da pergunta, medo que suas respostas sejam identificadas, aborrecimento devido à ocupação do tempo, cansaço, dentre outros. Frente a estes riscos, medidas cautelosas serão adotadas com objetivo de evitar ou minimizar os efeitos citadas serão tomadas como garantia de confiabilidade das respostas, privacidade para responder ao questionário, anonimato, participação voluntária, escolha de horário oportuno para responder ao questionário, capacitação prévia ou treinamento do responsável pela aplicação do questionário, informações com relação ao local, tempo de armazenamento dos dados e o responsável pela guarda dos dados (SANTOS; NASCIMENTO, 2018). Além disso, as avaliações poderão ser interrompidas a qualquer momento se solicitado pelo avaliado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.166.556

Benefícios:

Podem-se citar como importantes benefícios e impactos comunitários desta proposta de pesquisa: Identificar se o instrumento de avaliação WHODAS 2.0 oferece uma abordagem avaliativa válida e confiável para pessoas portadoras de AVE; Reconhecimento do perfil, condições de saúde e dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência no município de Araranguá – SC; Benefícios diretos para a saúde da pessoa com deficiência e seu cuidador com as orientações em saúde que poderão ser realizadas no decorrer do projeto; Colher dados que possibilitem novos estudos e intervenções nessa população a fim de ofertar melhora na qualidade de vida e metas de tratamento a curto médio e longo prazo; Maior interação da comunidade acadêmica com a comunidade externa; Fortalecimento do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Campus Araranguá entre a comunidade local da cidade, assim como do curso de Fisioterapia, demonstrando sua importância para a população e para os alunos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam do processo:

folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do PPG em Ciências da Reabilitação da UFSC/Araranguá; declaração da responsável pela clínica municipal de fisioterapia de Araranguá, comprometendo-se a cumprir o que preconiza a res. 466/12; cronograma informando que a abordagem dos participantes ocorrerá entre fevereiro e setembro de 2019; orçamento informando despesas de R\$ 152,00 com financiamento próprio; TCLEs para os participantes capazes e para cuidadores, no caso de incapazes, adequados ao que preconiza a res. 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.166.556

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204597.pdf	07/01/2019 19:18:57		Aceito
Outros	TCLE_do_cuidador.pdf	07/01/2019 19:16:42	Catiane Dall Agnol	Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	07/01/2019 19:14:47	Catiane Dall Agnol	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/11/2018 09:00:39	Catiane Dall Agnol	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	clinica_escola.pdf	08/11/2018 11:57:24	Catiane Dall Agnol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/10/2018 18:41:14	Catiane Dall Agnol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/10/2018 18:40:57	Catiane Dall Agnol	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/10/2018 18:40:05	Catiane Dall Agnol	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/10/2018 15:46:39	Catiane Dall Agnol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

REGRAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO

O estudo será submetido à Revista Acta Fisiátrica.

Condições para a submissão:

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓ Os manuscritos são aceitos em português ou inglês. Os artigos em português devem ser acompanhados de resumo na língua vernácula, além de abstract em inglês com até 250 palavras. Os artigos em inglês devem ser acompanhados de resumo na língua vernácula, além de resumo em português com até 250 palavras. Após os resumos destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do [Medical Subject Headings \(MESH\)](#) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) da Bireme.

✓ Recebemos manuscritos com até oito (8) autores, os créditos de autoria baseiam-se em: 1) contribuições significativas à concepção e delineamento, ou levantamento de dados, ou análise e interpretação de dados; 2) redação do artigo, ou revisão crítica substancial do seu conteúdo; 3) aprovação final da versão a ser publicada;

✓ Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

✓ Os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade. Para acesso ao formulário é imprescindível que o responsável pela submissão esteja logado no sistema e tenha perfil de "autor" ativo em seu cadastro.

Durante a submissão do manuscrito os autores deverão fazer o download, preencher, assinar, digitalizar e enviar a Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade como Documento Suplementar.

✓ Na "Folha de Rosto" deve constar: título em português e inglês; nome completo dos autores; número do registro ORCID de todos autores; e-mail de todos os autores; indicação do autor responsável pela publicação, endereço completo; afiliação e instituição na qual o trabalho foi realizado.

✓ No "Texto do Artigo" a identificação de autoria do trabalho precisa ser removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, evitando que as identidades dos autores e revisores sejam conhecidas uns pelos outros. Garantindo desta forma o critério de sigilo da revista e assegurando a Avaliação Cega por Pares.

Todo o conteúdo do manuscrito (título, resumo/abstract, palavras-chave/keywors, introdução, objetivo, método, resultados, discussão, conclusão, referências e ilustrações) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas simples. O arquivo completo deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

✓ Tabelas (máximo 5) numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção e indicação de sua localização no texto. Inseridas ao final do documento em folhas individuais com título na parte superior.

✓ Figuras (máximo 3) numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção e indicação de sua localização no texto. Inseridas ao final do documento em folhas individuais com legendas e título abaixo da moldura.

São aceitas figuras coloridas e devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem.

✓ As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, com link ativo e completo, ou seja, sempre precedido de <http://dx.doi.org/>

✓ Resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

Formato dos Manuscritos:

Todo o conteúdo do manuscrito deverá ser incluído no Open Journal Systems (OJS). Figuras, quadros e tabelas são aceitos, devendo ser assinalados no texto pelo seu número de ordem e local onde serão intercalados. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte. Trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto são da responsabilidade do autor. Informação oriunda de comunicação pessoal, trabalhos em andamento e não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas indicados em nota de rodapé da página em que forem citados.

Os manuscritos apresentados deverão seguir a estrutura para trabalhos científicos.

Título: Em português e inglês, claro, conciso e completo, indicando o conteúdo do trabalho. O título e subtítulo devem ser separados por dois pontos.

Resumo: Artigos em português devem ser acompanhados de resumo na língua vernácula, além de abstract em inglês com até 250 palavras. Artigos em inglês devem ser acompanhados de resumo na língua vernácula, além de resumo em português com até 250 palavras. Após os resumos destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do Medical Subject Headings (MESH) da National Library of Medicine ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Bireme.

Texto: Com exceção dos manuscritos apresentados como revisão, carta ao editor, comunicação breve, editorial e tendências e reflexões, os trabalhos deverão seguir o formato abaixo:

Introdução: Deve conter revisão de literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema e que destaque sua relevância, não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos com artigo de Revisão.

Objetivo: Estabelece o objetivo ou finalidade do trabalho, deve ser claro, preciso e coerente.

Métodos: Deve conter descrição clara e sucinta, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Resultados: Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras. Tabelas são formas não discursivas de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. Elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, as tabelas devem ser limitadas e numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção. Devendo vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. O título da tabela é colocado na sua parte superior, grafado com letras minúsculas, respeitando as regras gramaticais do idioma.

Quadros diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

Figura é a denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos sob a denominação genérica de Figura, devendo apresentar legendas de forma clara, abaixo da moldura, indicando-se em ordem sequencial.

Discussão: Deve explorar adequadamente e objetivamente os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: Apresentar conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Se incluídas na seção Discussão, não devem ser repetidas.

Agradecimentos: Podem ser registrados agradecimentos em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Pesquisas envolvendo seres humanos

Resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia de parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada. O número de identificação de pesquisas nos Registros de Ensaio Clínicos deverão ser apresentados após o resumo.

Citações no texto: Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação e devem constar da lista de referências. Se forem 2 (dois) autores, citam-se ambos ligados pelo "&", se forem acima de 2 (dois) autores, cita-se o primeiro autor seguido da expressão latina "et al".

Referências: Deverão ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com 2 (dois) até o limite de 6 (seis) autores, citam-se todos os autores; acima de 6 (seis) autores, citam-se os 6 (seis) primeiros autores, seguido da expressão latina "et al". Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com "List of journals indexed in index medicus" da National Library of Medicine. Nas referências, o DOI do documento referenciado deve fornecer o link ativo e completo, ou seja, sempre precedido de <http://dx.doi.org/>. Desse modo, permitirá acesso ao texto completo em um único clique.