

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA

Natalia dos Santos Rocha

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO
PROGRAMA DE HEMIPLEGIA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM ESTUDO
CORRELACIONAL**

Santa Maria, RS, Brasil.
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA

Natalia dos Santos Rocha

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO
PROGRAMA DE HEMIPLEGIA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM ESTUDO
CORRELACIONAL**

Santa Maria, RS, Brasil.
2018

Natalia dos Santos Rocha

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO PROGRAMA DE
HEMIPLEGIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
UM ESTUDO CORRELACIONAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora**.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Cervi Prado

Santa Maria, RS, Brasil.
2018

Natalia dos Santos Rocha

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO PROGRAMA DE
HEMIPLEGIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
UM ESTUDO CORRELACIONAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora.**

Aprovado em 31 de agosto de 2018:

Ana Lúcia Cervi Prado. Dr^a. (UFSM)
(Presidente /Orientadora)

Analú Lopes Rodrigues. Dr^a. (UFSM)

Anna Aracy Barcelos Ourique. Ms. (UFSM)

Santa Maria, RS, Brasil.
2018

RESUMO

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO PROGRAMA DE HEMIPLEGIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL

AUTOR: Natalia dos Santos Rocha
ORIENTADOR: Ana Lúcia Cervi Prado

Contextualização: A grande maioria dos sujeitos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) evolui com incapacidades e prejuízos sensório-motores que promovem impacto significativo na independência funcional e na qualidade de vida. Desse modo instrumentos de medidas são necessários para avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional do sujeito de modo a fornecer informações de sua evolução sob o aspecto quantitativo. Com essa finalidade avaliativa, em 2011, foi desenvolvido no Programa interdisciplinar de Atenção a hemiplégicos Pós AVC do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH). **Objetivo:** a presente pesquisa objetivou verificar a correlação dos resultados obtidos pelo PAFQVSH com os questionários Health Assessment Questionnaire (HAQ) e World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-bref, nos seus domínios em comum. **Materiais e Métodos:** estudo correlacional do PAFQVSH com os questionários validados na literatura WHOQOL-bref e o HAQ aplicados em 8 sujeitos hemiplégicos pós AVC provenientes do Programa de hemiplegia em grupo. Para a análise foi utilizado o teste não-paramétrico de correlação de Spearman. Além disso, foi avaliada a consistência interna, por meio do alfa de Cronbach (C), para determinar se o instrumento tem boa validade para o público alvo. **Resultados:** Encontradas 6 correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os domínios referentes a qualidade de vida do PAFQVSH com o questionário WHOQOL-bref. Não foram encontradas correlações do PAFQVSH com os questionário HAQ. Na análise de consistência interna, o PAFQVSH obteve valores de $\alpha = 0,94$ para itens individuais. **Conclusão:** O PAFQVSH, além da consistência interna, evidenciou uma correlação positiva na qualidade de vida desses sujeitos, principalmente em relação aos domínios: atividade física, psicossocial e satisfação de vida, sugerindo ser um protocolo capaz de avaliar a resposta ao tratamento proposto.

Palavras chaves: AVC. Reabilitação. Terapia em grupo. Qualidade de vida.

ABSTRACT

THE EVALUATION PROTOCOL EMPLOYED BY HEMIPLEGIA PROGRAM INSIDE SANTA MARIA'S UNIVERSITY HOSPITAL: A CORRELATIONAL STUDY

AUTHOR: Natalia dos Santos Rocha
ADVISER: Ana Lucia Cervi Prado

Overview: The vast majority of stroke victims develop sensory-motor disorders and impairments that promote a significant impact on functional independence and quality of life, and may require temporary or permanent treatment for their physical-motor rehabilitation. Measurement instruments are necessary to evaluate the quality of life and functional capacity of the subjects in order to provide quantitative data on their treatment evolution. For this purpose, in 2009 a protocol was developed by the Interdisciplinary Program of Attention to hemiplegic Post Stroke held in Santa Maria University Hospital. The Protocol of Functionality Evaluation and Quality of life for sequela of hemiplegia (PAFQVSH). **Objective:** The present study aimed to verify the correlation of the results obtained by the PAFQVSH with the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) questionnaires in their common domains. **Materials and Methods:** A correlational study of PAFQVSH with the validated questionnaires WHOQOL-BREF and HAQ, applied to 8 hemiplegic post-stroke subjects from the hemiplegia program group. The Spearman's non-parametric correlation test was used for the analysis. **Results:** Were found 6 statistically significant correlations ($p < 0.05$) between the domains referring to the quality of life of PAFQVSH with the WHOQOL-bref questionnaire. No significant differences were found regarding the functionality (physical-motor ability domain) of the PAFQVSH with the HAQ and WHOQOL-bref questionnaires. In the analysis of internal consistency, the PAFQVSH obtained values of $\alpha = 0.94$ for individual items. **Conclusion:** PAFQVSH showed a positive correlation in the quality of life of the analyzed subjects, mainly in the physical activity, psychosocial and life satisfaction domains, suggesting that this may be a efficient protocol for evaluating the outcomes of the proposed treatment.

Keywords: Stroke. Rehabilitation. Hemiplegia. Group therapy. Quality of Life.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho teve a contribuição de algumas pessoas, as quais expresso meus sinceros agradecimentos:

A Deus, pela vida, pela escolha da Fisioterapia, por ter me guiado na realização desta Especialização, pela certeza e fé de que daria tudo certo durante a pesquisa e por ter me dado força em momentos difíceis.

A minha família, pelo amor, incentivo ao estudo e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu namorado Charles, pelo amor, pelas palavras de ânimo e por torcer pelo meu sucesso.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Ana Lúcia Cervi Prado, pela orientação, auxílio, disponibilidade e amizade que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao psicólogo Mauricio da Silva Soares, pelo auxílio na análise dos resultados.

Às fisioterapeutas Caliandra e Cristiane por me acompanharem na coleta dos dados desse trabalho.

A minha amiga Flávia Faria, pela contribuição na tradução desse manuscrito.

Aos membros da banca pela disponibilidade e pelas considerações que acrescentaram ao trabalho.

Aos demais professores do Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora pelo conhecimento transmitido.

Aos pacientes de Programa Interdisciplinar de Atenção a hemiplégicos que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra... ..	25
Tabela 2 - Escores médios do PAFQVSH e desvio padrão para itens individuais, correlação item-total corrigida e consistência interna (alfa de Cronbach) se o item for excluído.....	26
Tabela 3 - Coeficiente de correlações entre diferente domínios do PAFQVSH numa amostra total(n=8).....	27
Tabela 4 - Correlações dos domínios do PAFQVSH com dos domínios do WHOQOL- bref numa amostra total (n=8).....	28
Tabela 5 - Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios do PAFQVSH com o escore total do questionário HAQ numa amostra total (n=8).....	38

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 -Fluxograma de procedimento de coleta de dados.....	24
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVD's	Atividades de Vida Diárias
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DEPE	Direção de Ensino e Pesquisa e Extensão
GAP	Gabinete de Apoio a Projetos
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUSM	Hospital Universitário Santa Maria
PAFQVSH	Protocolo de Avaliação Funcionalidade e Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia
SV	Satisfação de vida
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. MANUSCRITO – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO PROGRAMA DE HEMIPLEGIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL	17
2.1 Resumo	18
2.2 Abstract	19
2.3 Introdução	20
2.4 Material e métodos	21
2.5 Resultados	25
2.6 Discussão	30
2.7 Conclusão	32
2.8 Referências bibliográficas	33
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
4. REFERÊNCIAS	37
5. APÊNDICES	41
6. ANEXOS	51

1INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença de relevância médica e social, devido a sua elevada prevalência, morbidade e mortalidade, com uma incidência anual de 108 para cada 100 mil habitantes. Portanto, todo conhecimento a seu respeito merece destaque (GAGLIARDI et al.,2015). Segundo Pedroso et al.,2015, o AVC é definido como perda de função cerebral de forma rápida (focal) com sintomas durando mais de 24 horas ou levando a morte sem causa aparente a não ser de origem vascular. Dentre as sequelas físico-motoras causadas pelo AVC, a mais comum é a hemiplegia, definida como paralisia ou paresia de um dimídio corporal com um predomínio da postura flexora de membro superior, extensora de membro inferior e um desvio lateral do tronco determinando uma assimetria entre os dois lados do corpo (PRADO et al.,2014). Podemos citar ainda outras consequências como prejuízos nas funções sensitivas e motoras, de equilíbrio e de marcha, déficit cognitivo e de linguagem, além do comprometimento para realizar as suas atividades de vida diárias (AVD's), tais como alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se, o que certamente produz um impacto significativo no nível de independência funcional e na qualidade de vida (QV) desses indivíduos (SILVA et al.,2014) (BENVEGNUM et al., 2008).

Identificar os déficits funcionais causados pelo AVC, por meio de instrumentos avaliativos permite ao profissional planejar a conduta fisioterapêutica e avaliar a evolução do paciente em resposta à conduta escolhida (SOUZA et al.,2008). O Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplegicos pós Acidente Vascular Cerebral: uma abordagem de terapia em grupo (PROHEMI) vem ao longo dos anos aplicando um protocolo de avaliação para identificar os problemas físico-motores, funcionais e psicossociais com o propósito de acompanhar o efeito do tratamento proposto na evolução dos seus integrantes. A importância desse estudo justifica-se pela necessidade de verificar se o Protocolo de avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH), utilizado como indicador de qualidade do Programa para avaliar a evolução da proposta, se relaciona com a melhora das funções cognitivas, sociais e funcionais dos sujeitos através dos instrumentos validados na literatura: Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref).

Por conseguinte, o presente estudo tem por objetivo verificar a correlação dos resultados obtidos pelo Protocolo de avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida

para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH) com os questionários validados na literatura Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref). O artigo resultante do estudo será submetido na Revista Fisioterapia e Pesquisa, Qualis B1 na área da Educação Física, (Anexo H).

1.1 Acidente Vascular Cerebral e as suas principais sequelas

O Acidente Vascular Cerebral é a doença que mais acomete o Sistema Nervoso Central, sendo a principal causa de incapacidade físico-cognitiva (FELIPE et al., 2016). Além das mortes prematuras no mundo, o AVC acomete tanto homens quanto mulheres, em diferentes faixas etárias (NASCIMENTO et al.; 2016) (PEREIRA et al, 2017). No entanto, nas últimas décadas, tem ocorrido uma tendência global da redução da mortalidade pelas melhorias na gestão do AVC e pelas medidas preventivas como o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) (PEDROSO et al.; 2015)

Silva et al. 2014, afirmam que o AVC é uma síndrome clínica que se caracteriza pelo comprometimento súbito da circulação cerebral em um ou mais vasos sanguíneos, onde o fluxo de oxigênio é interrompido provocando frequentemente lesões sérias ou necrose nos tecidos cerebrais, ocasionando em 80% dos casos, o AVC isquêmico. Segundo Cancela (2008), as chances de se ter um AVC aumentam consideravelmente frente aos fatores de risco, e que estes podem ser atenuados com tratamento médico ou mudanças no estilo de vida. Os principais fatores para a ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral são: hipertensão arterial (o principal fator), excesso de colesterol, tabagismo, uso de anticoncepcionais hormonais, diabetes, obesidade, histórico familiar de doenças cardiovasculares, sedentarismo (DA CRUZ et al.; 2014). Além disso, o mesmo autor ressalta que o número de jovens acometidos pelo AVC tem aumentado em função desses fatores, principalmente pelo consumo excessivo de álcool, uso de anticoncepcionais e o sedentarismo nessa faixa etária.

Conforme Galvão et al.(2015), o AVC é a maior causa de sequelas permanentes que tornam o sujeito incapaz funcionalmente, suas manifestações frequentemente envolvem fraqueza muscular, espasticidade, padrões motores, além das alterações com o nível de consciência, percepção e linguagem. De acordo com Ferla et al.(2015), a principal manifestação clínica é a hemiplegia, que se caracteriza pela perda das uma funções motoras do hemicorpo contralateral ao hemisfério cerebral em que ocorreu a lesão, levando a

limitações e incapacidades, com padrão patológico flexor de membros superiores e extensor de membros inferiores.

De um modo geral, a terapêutica compreende 3 etapas: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. No primeiro caso procura-se evitar um primeiro episódio ou recorrência do mesmo através do controle dos fatores de risco individuais. A intervenção aguda procura reduzir a repercussão no tecido cerebral através da dissolução do trombo/êmbolo ou controle da hemorragia. Já o objetivo da reabilitação é permitir ao sujeito lidar e ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível (FERRO et al., 2008).

A reeducação das atividades da vida diária é imprescindível para a reinserção sócio familiar, apesar de ser um processo moroso e que acarreta dificuldades não só para o paciente como para o enfermeiro e/ou família. Para capacitar sujeitos nas atividades do auto-cuidado e de vida diária, é preciso tempo para ensinar e treinar junto com o sujeito e familiares, de forma a que seja ele a fazer o máximo de atividades possível (LEAL,2001).

1.2 (In) capacidade funcional e qualidade de vida pós-AVC

Alves et al.(2008), define que a incapacidade funcional deve ser entendida como a dificuldade ou a necessidade de ajuda para o sujeito realizar atividades cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade e nas tarefas que envolve a mobilidade.

O sociólogo Saad Nagi foi o primeiro a tentar descrever o processo de incapacitação a partir de 1970, realizando uma distinção conceitual entre patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. O modelo proposto divide o processo de incapacidade em quatro estágios. O primeiro estágio, a patologia, caracteriza-se pela presença de uma condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano. Esse estágio leva a um segundo, a deficiência, que pode ser definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas. O terceiro estágio, as limitações funcionais, que resultam das deficiências e consistem em uma inabilidade pessoal de desempenhar as tarefas e as atividades consideradas como usuais para aquele indivíduo. O último estágio, a incapacidade, que se caracteriza pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade do que é normal para aquele indivíduo. Refere-se à inabilidade para realizar as tarefas que são socialmente esperadas. Nessa perspectiva, o conceito de incapacidade é construído socialmente (NAGI.;1976). Este mesmo autor, ainda

acrescentou três dimensões do desempenho conceitualmente e analiticamente separáveis: a física, a mental, e a emocional. Desempenho físico se refere à função sensório-motora, indicado por limitações em atividades como andar, subir, ajoelhar, alcançar, ouvir, entre outros. O desempenho emocional se refere à efetividade psicológica de uma pessoa em lidar com o estresse, no qual pode se manifestar pela ansiedade, além da variedade de sintomas psicológicos. Por último, o desempenho mental que denota uma variedade de capacidades intelectuais e racionais do sujeito.

De acordo, com que foi exposto acima, pelo menos dois terços dos sobreviventes com AVC permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes por apresentarem déficit de controle motor envolvendo padrões anormais de movimento; espasticidade; diminuição da velocidade da marcha; alteração do estado cognitivo ou afetivo; disartria e disfagia; distúrbios visuais; lipotimia, cefaleia súbita; além da hemiplegia ou hemiparesia contralateral como manifestações clássicas das doenças, tornando-as inabéis para exercer suas atividades básicas da vida diária.(PIROPO et al., 2010).

Os comprometimentos funcionais, comumente observados nos portadores de AVC limitam as atividades ditas da vida diária, que são divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, realizar transferências, entre outras. Já as AIVD representam as atividades cotidianas que refletem a capacidade do indivíduo de gerenciar o meio que vive, além de incluir ações como: preparar suas refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, usar o telefone, manusear dinheiro, tomar medicações, entre outras (GUERRA et al., 2017).

De acordo, com Lotufo et al.(2017) o nível de independência funcional dos sujeitos com AVC depende da efetividade da reabilitação realizada quando o paciente está internado e do local para o qual o paciente é encaminhado após a alta hospitalar, ou seja, se ele vai para a sua residência ou para um outro serviço de reabilitação. Os sujeitos que ficam em sua residência apresentam um declínio gradual da sua independência nas atividades de vida diária (BADRIAH et al.,2013). A funcionalidade é assim uma variável importante para a saúde e está associada à independência, a satisfação com a vida e à qualidade de vida (QV).

Rangel et al. (2013), enfatiza os domínios mais prejudicados no AVC : a saúde mental, função física, papel social, papel emocional, vitalidade, e estado geral de saúde. Um estudo de qualidade de vida realizado em pacientes que tiveram AVC mostrou maior comprometimento imediatamente após o Acidente Vascular Cerebral e durante a reabilitação apontou melhora nesses domínios (GUNAYDIN et al., 2011). Conforme Badriah et al.(2015), uma parcela

importante dos sobreviventes inicia uma nova fase de vida a partir das incapacidades geradas pelo AVC, sendo a avaliação de qualidade de vida imprescindível para uma melhor compreensão do impacto da doença na vida do sujeito, favorecendo a criação de estratégias que minimizem esses efeitos, além da elaboração de programas de reabilitação que leve em consideração todos esses fatores. Ao mesmo tempo, a QV está correlacionada com o comprometimento funcional, no qual também está influenciado negativamente pela presença de sintomas depressivos, baixo nível de escolaridade e sexo feminino (RANGEL et al., 2013). Ademais, também é importante ressaltar que a qualidade de vida, é definida pelo próprio sujeito, como uma experiência interna de satisfação e bem estar como seu processo de viver (SILVA et al., 2005).

As estratégias para elaboração de programas de tratamento estão na dependência da aplicação de instrumentos como parâmetros de avaliação, ou seja, imprescindíveis para a padronização e reprodutibilidade das medidas a que se propõe tais como: assistência, capacidade funcional, informações sobre a qualidade de vida e melhora do sujeito. Os instrumentos são uma medida de baixo custo e seu uso em centros de reabilitação ou em clínicas particulares identifica as necessidades do sujeito e efetividade da intervenção. (RIBERTO et al., 2001).

Dentre os instrumentos com o propósito de avaliar grau da independência funcional e a qualidade de vida, destacam-se o HAQ e o WHOQOL –bref, respectivamente.

A versão brasileira validada do HAQ, contém 20 itens sobre atividades de vida diária dentre oito componentes que avaliam o sistema musculoesquelético: vestir-se e se arrumar, levantar-se, comer, caminhar, higiene pessoal, alcance, força de preensão, e entre outras atividades que compõe o questionário. Há quatro possíveis respostas para cada pergunta: sem qualquer dificuldade (0), com alguma dificuldade (1), com muita dificuldade (2) e incapaz de fazer (3). O HAQ foi desenhado para ser auto-aplicado, e em geral consegue ser completado em cerca de cinco minutos, e computado em menos de um minuto. Sua validade e facilidade já tem sido demonstrada. Sua utilização marca a mudança de paradigma de se basear condutas clínicas e não apenas em marcadores bioquímicos, mas também por se dar ênfase em melhoras clínicas que são importantes para o sujeito. (FRIES et al., 2005). Anexo F

A versão brasileira do WHOQOL-bref, utilizada em nosso estudo, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, é composta por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio

ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global. (SALE et al., 2010). (Anexo E)

1.3 Protocolo De Avaliação De Funcionalidade e de Qualidade De Vida para Sequela de Hemiplegia AVC: relação com um programa de reabilitação

Em 2005, no município de Santa Maria, especificamente no Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), havia 12 sujeitos pós-AVC que se encontravam em lista de espera para assistência fisioterápica. E nesse período elaborou-se uma proposta de reabilitação fundamentada, o Projeto de Hemiplegia no HUSM, que a partir de 2011 passou a ser intitulado “Programa interdisciplinar de atenção a hemiplégicos pós- acidente vascular cerebral: uma abordagem de terapia em grupo”. Essa ação surgiu com o objetivo de suprir a demanda de sujeitos com sequelas de AVC, em lista de espera pela insuficiência de espaço físico e de recursos humanos. A proposta era de atendê-los tendo o cuidado de manter a qualidade e eficiência próprias da instituição (PRADO et al.,2014).

O Programa é desenvolvido nas dependências do Hospital Universitário de Santa Maria, na Unidade de Reabilitação em 1 sessão semanal de 2 horas, com atividades fundamentadas nos conceitos dos benefícios da terapia em grupo, dentro da visão de neurociências com fim de reeducação neurofuncional baseada na experiência de movimentos, nas relações do sujeito com o seu próprio corpo, do sujeito com o corpo do outro e do sujeito com o ambiente (PRADO et al., 2014). Estes sujeitos quando adentram no Programa são submetidos a um protocolo de avaliação de funcionalidade e de qualidade de vida: “Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH)”, adaptado de (MAKI et al 2006) (KISNER,2004), (MACHADO et al; 2007). Composto de 17 itens, agrupados em 4 domínios:

Avaliam a funcionalidade do PAFQVSH

- Dominio Habilidade físico- motora (6 itens)

Avaliam a qualidade de vida do PAFQVSH

- Dominio Atividade física (6 itens)
- Dominio Psicossocial (4 itens)
- Dominio Satisfação de vida (1 item)

O primeiro domínio solicita ao sujeito a execução de determinados movimentos de membro superior e inferior, graduando a qualidade destes movimentos. O segundo, terceiro e

o quarto domínio abordam questões físicas e psicossociais e qual a percepção do sujeito quanto a sua satisfação de vida. (Apêndice D).

Com o propósito de verificar se o protocolo é um instrumento capaz de avaliar a evolução dos integrantes do Programa, sentiu-se a necessidade de correlacioná-lo com outros instrumentos já validados, como os supracitados, em seus domínios comuns.

2 MANUSCRITO

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO PROGRAMA DE HEMIPLEGIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM ESTUDO CORRELACIONAL¹

THE EVALUATION PROTOCOL EMPLOYED BY HEMIPLEGIA PROGRAM INSIDE SANTA MARIA'S UNIVERSITY HOSPITAL: A CORRELATIONAL STUDY

NATALIA DOS SANTOS ROCHA ²

ANA LÚCIA CERVI PRADO ³

¹ Artigo fruto da Monografia do Curso de Especialização em Reabilitação Físico- Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) 31 agosto de 2018.

² Fisioterapeuta Acadêmica do Curso de Especialização em Reabilitação Físico- Motora da UFSM – Santa Maria/RS

³ Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Maria.

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM Centro de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Reabilitação Físico
Motora
Cidade de Santa Maria – RS – Brasil
Endereço para
Correspondência: Natalia
dos Santos Rocha
Rua Fioravante
Pasqualine, 120-
Camobi. Santa Maria
– RS. 97110-005
E-mail: nathyrs_92@yahoo.com.br

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer nº 2.546.028

INTRODUÇÃO

Entre as doenças crônicas não transmissíveis do aparelho circulatório, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), constitui a principal causa de mortalidade e de incapacidade no mundo, mais especificamente no Brasil com maiores taxas da América do Sul¹. É definido como um déficit neurológico focal, súbito e não convulsivo que acomete tanto homens quanto mulheres, em diferentes faixas etárias^{2,3}. A causa pode ser de origem isquêmica ou hemorrágica⁴, sendo o principal fator de risco preditivo para ocorrência do AVC, a hipertensão arterial, e as desordens cardíacas o segundo fator de risco mais importante⁵.

Conforme o estudo de Galvão⁶, o AVC é a maior causa de sequelas permanentes que tornam o sujeito incapaz funcionalmente, suas manifestações frequentemente envolvem fraqueza muscular, espasticidade, padrões motores, alterações do nível de consciência, percepção e linguagem. Além de gerar prejuízos nas atividades funcionais, o sujeito vivencia a restrição de seus direitos e seus deveres diante da sociedade, ao ‘perceber que sua condição de igualdade, garantida na Constituição Federal Brasileira, está prejudicada nas realizações das suas atividades de vida diária, nas relações sociais e na área financeira’⁷.

Tais dificuldades são desencadeadas, principalmente, pela deficiência na mobilidade que incapacita muitas vezes o paciente de andar, subir escadas, restringindo a acessibilidade, podendo, inclusive, interromper atividades de extrema importância para a sua realização pessoal⁸. Nestes casos, a intervenção fisioterapêutica é imprescindível no processo de reabilitação desses indivíduos com objetivo de melhorar o desempenho funcional, a mobilidade, a força muscular, o equilíbrio e qualidade de vida⁸. Instrumentos devem ser utilizados para detectar o comprometimento sensório-motor pós-AVC, para diagnósticos e prognósticos, bem como para mensuração da eficácia do tratamento⁹.

Especificamente no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)-RS, é oferecida, na modalidade em grupo, desde 2005, a reabilitação para pacientes pós AVC, através do Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplégicos: uma abordagem de terapia em grupo (PROHEMI). Para verificar se a proposta em grupo produz resultado positivo nas suas proposições, é aplicado um protocolo de avaliação desenvolvido e adaptado da literatura referenciada - “Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia” (PAFQVSH). No entanto, assim como o protocolo tem a finalidade de ser um indicador de qualidade da assistência, faz-se necessário verificar por meio de correlações com instrumentos já validados na literatura, se o mesmo é capaz de avaliar a melhora das funções cognitivas, sociais e funcionais a que se propõe.

Assim sendo, o objetivo desse estudo foi verificar a correlação dos resultados obtidos pelo PAFQVSH com os questionários Health Assessment Questionnaire (HAQ) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), já referendados na literatura, nos seus domínios comuns.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo e seleção dos participantes

Esta pesquisa é de abordagem quantitativa, correlacional e transversal. Apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Parecer: 2.546.028), e está de acordo com as Diretrizes e Normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde envolvendo seres humanos.

O estudo foi realizado numa amostra de conveniência constituída por 13 sujeitos hemiplégicos, 8 se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: sujeitos de ambos os sexos, diagnóstico médico de AVC isquêmico ou hemorrágico, frequentar o Programa de Hemiplegia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, capacidade cognitiva (score igual ou superior a 24 pontos no Mini Exame do Estado Mental- MEEM). Foram excluídos os sujeitos que apresentaram fratura óssea não consolidada em qualquer segmento corporal, HAS não controlada, instabilidade hemodinâmica, hipotensão ortostática. Ademais, todos concordaram em participar do estudo.

A realização deste estudo ocorreu na Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria.

INSTRUMENTOS

Dados demográficos e clínicos

Aplicado para traçar o perfil clínico e sociodemográfico do sujeito hemiplégico, logo que este inicia a sua participação no Programa. Neste perfil consta a etnia, a escolaridade, o diagnóstico toógráfico, tipo de AVC, tempo de lesão, tempo de participação no Programa, entre outros.

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento amplamente utilizado, objetivando avaliar rapidamente as habilidades cognitivas e, assim, rastrear o possível comprometimento cognitivo. Envolve duas categorias de respostas verbais e não verbais. Os

sub-testes verbais medem, em particular, orientação espaço-temporal, memória imediata, memória de evocação, atenção e linguagem, verbais medem a coordenação perceptiva motora e a compreensão de instruções. O MEEM é composto por trinta questões categóricas e a pontuação é feita da seguinte forma: de 30 a 26 pontos a função cognitiva esta preservada, de 26 a 24 pontos alteração não sugestiva de déficits e 23 ou menos pontos é sugestivo de déficits cognitivos ¹².

Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH)

O Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia é composto de 17 itens; seis itens avaliam capacidade funcional do sujeito e os onze itens restantes avaliam a qualidade de vida. Estes 17 itens são agrupados em 4 domínios: o domínio da habilidade físico-motora que contempla seis itens; o domínio atividade física composto por seis itens relacionados as atividades de vida diária, lazer e mobilidade; o domínio psicossocial composto por quatro itens relacionados ao tempo livre (hobbies) do sujeito. E o quarto domínio é referente à Satisfação de Vida, ou seja o quanto o sujeito está satisfeito com a sua vida.

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Para mensurar de forma subjetiva a capacidade funcional dos sujeitos, foi aplicado o Health Assessment Questionnaire (HAQ) em sua versão traduzida e validada para o Brasil. Ele é dividido em oito componentes: vestir-se, levantar-se, comer, caminhar, higienizar-se, alcançar, preensão manual e outras atividades. Cada componente contém duas ou três questões, perfazendo um total de 20 questões.¹⁰

World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-bref)

Foram obtidas informações quanto à QV dos sujeitos por meio da aplicação do WHOQOL-bref. É um instrumento que demanda pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. Reune informações em quatro âmbitos ou domínios:

- domínio físico – dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho;
- domínio psicológico – sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais;

- relações sociais – relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual;
- domínio do ambiente – segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte. Ao todo, o WHOQOL-bref inclui 26 questões¹¹.

TREINAMENTO DOS AVALIADORES

A aplicação dos instrumentos foi realizada por duas examinadoras, profissionais de fisioterapia, na qual foram expostos os critérios que seriam utilizados para as pontuações de cada item e esclarecimento sobre a avaliação com o intuito de promover uma padronização na habilidade do uso do instrumento. Embora um dos instrumentos seja originalmente autoadministrável (WHOQOL-bref), ele foi aplicado sob forma de entrevistas individuais para evitar que a heterogeneidade dos graus de instrução dos participantes influenciasse nos resultados, como previamente recomendado por estudos com a população brasileira¹¹

PROCEDIMENTOS E COLETA DOS DADOS

Inicialmente, todos os voluntários receberam informações sobre os procedimentos do estudo, e em seguida, foram coletados os dados de identificação e clínico do sujeito, seguida da aplicação do MEEM cujo resultado foi aplicado e disponibilizado pelo psicólogo do Programa. Após os voluntários foram encaminhados individualmente a uma sala onde estava o examinador para a aplicação do PAFQVSH. Na semana seguinte, foram aplicados os questionários WHOQOL-bref e o HAQ.

No PAFQVSH, sujeito recebia do examinador, duas demonstrações de cada tarefa. Nas tarefas unimanuais não era permitido a prática com o membro contralateral a lesão. Todas as tarefas deveriam ser realizadas entre 60 e 120 segundos, ultrapassado esse tempo o paciente era instruído a encerrar a tarefa e habilidade funcional era considerada nula. Nos domínios atividade física, psicossocial e satisfação de vida, os itens foram lidos por um único examinador de forma clara e objetiva, deixando o sujeito livre para responder cada questão de acordo com a sua própria interpretação. Tomando como referência as duas últimas semanas.

A partir do segundo domínio é avaliado a qualidade de vida do participante, envolvendo habilidades físicas, os *hobbies* e a situação laborativa nos diversos momentos de vida. Além disso, é perguntado ao sujeito o nível de satisfação pessoal no momento.

O domínio atividade física é composto por seis itens relacionados às atividades de vida diária, lazer e mobilidade.

O domínio psicossocial, é composto por quatro itens relacionados ao tempo livre (*hobbies*). Por fim o quarto domínio é referente à Satisfação de Vida, ou seja, o quanto está satisfeito com a sua vida.

Para responder os questionários WHOQOL-bref e o HAQ, o sujeito deveria escolher entre as alternativas aquela que lhe parecesse mais apropriada, tendo como referência as duas últimas semanas.

A coleta e análise dos dados se deram de março a maio de 2018. Os instrumentos foram submetidos à avaliação de completude e consistência dos dados coletados.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise da consistência interna do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de Vida - PAFQVSH do grupo de Hemiplegia foi realizada a partir do índice de confiabilidade Alpha Cronbach, sendo aceitos como válidos na consistência interna $\alpha > 0,70$. O objetivo deste procedimento foi ajustar os itens do PAFQVSH para que este possa ser aplicado de modo breve nos pacientes acometidos por AVC participantes do grupo de Hemiplegia. A consistência interna do questionário foi realizada a fim de perceber sua capacidade de medir aquilo para o qual foi criado.

Já para averiguar se existe correlação entre o PAFQVSH e os instrumentos HAQ e WHOQOL-bref, bem como verificar a interferência entre os domínios avaliados, utilizou-se o teste não-paramétrico de correlação de Spearman com resultados considerados significativos ao nível de 95% de confiabilidade de que os achados não foram ao acaso e significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados deste estudo foram analisados pelo pacote SPSS 24.0, *software* estatístico para *Windows*.

Não foram consideradas para esse estudo as análises comparativas dos escores totais de cada instrumento.

RESULTADOS

Dos 13 sujeitos que participam atualmente do PROHEMI, 8 atenderam aos critérios de inclusão, conforme descrito na figura 1.

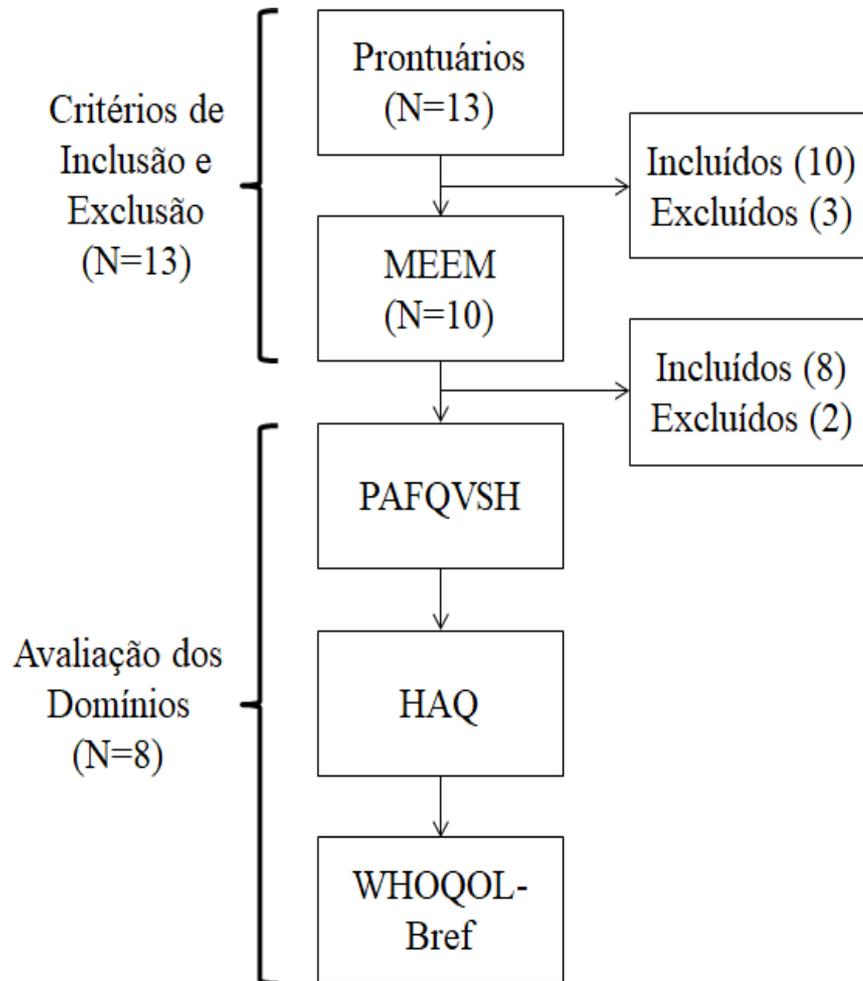


Figura 1. Fluxograma de procedimento de coleta de dados

Legenda: MEEM: Mini-Exame do Estado Mental; PAFQVSH: Protocolo de avaliação de funcionalidade e de qualidade de vida para Sequela de Hemiplegia; HAQ: Health Assessment Questionnaire.

Fonte: Elaborada pelos autores 2018

A média de idade da amostra estudada foi de $63,2 \pm 7,7$ anos, sendo a maioria caucasianos ($n=7$) e do sexo masculino ($n=7$). As características sociodemográficas e clínicas do grupo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Variável	Categoria	N	Frequência (%)
Idade (anos)	> 50	-	-
	50-65	4	50
	< 65	4	50
Sexo	Feminino	1	12,5
	Masculino	7	87,5
Escolaridade	Sem estudo formal	-	-
	E.F. Completo	3	37,5
	E. F. Incompleto	3	37,5
	E. M. Completo	2	25
	E. M. Incompleto	-	-
	E. Superior	-	-
Etnia	Preto	1	12,5
	Caucasiano	7	87,5
Tempo de Participação (meses)	< 24	-	-
	24-60	2	25
	> 60	6	75
Tipo de AVC	Isquêmico	6	75
	Hemorragico	2	25
Tempo de lesão (anos)	< 24	-	-
	24-60	2	25
	> 60	6	75
Diagnóstico Topográfico	Esquerda	2	25
	Direita	6	75
MEEM (pontos)	24-26	3	37,5
	26-30	5	62,5
Total		8	100

Legenda.: Valores expressos em n, %; MEEM; Mini Mental. Fonte: Elaborada pelos autores 2018

Na tabela 2 é apresentada a análise da consistência interna do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia. A média do escore total do PAFQVSH foi de 49,88 (DP = 17,67). A consistência interna indicada pelo alfa de Cronbach foi de /0,94 para toda a amostra. Na tabela são apresentados os escores médios dos itens individuais e o desvio padrão do PAFQVSH, bem como correlação item-total corrigida e consistência interna (alfa de Cronbach) se o item for excluído.

Os escores médios dos itens individuais variaram de 2,0 para o item 13 “há hobbies:ocupa-se de horto /jardim ou esporte” 4,13 para o item 12 “Lava-se e se veste”. Os coeficientes de correlação item-total corrigidos estavam em torno do valor de critério de 0,30, com exceção do item 6 “Sustentação sobre a perna”. A remoção do item que apresentou baixo coeficiente de correlação item-total indica um alfa de Cronbach de 0,95.

Tabela 2. Escores médios do PAFQVSH e desvio padrão para itens individuais, correlação item-total corrigida e consistência interna (alfa de Cronbach) se o item for excluído.

Item	M	DP	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
I-1	2,63	±1,996	0,788	0,934
I-2	2,75	±1,909	0,882	0,932
I-3	3,25	±1,909	0,974	0,929
I-4	2,63	±1,996	0,877	0,932
I-5	2,75	±1,982	0,931	0,930
I-6	3,25	±1,035	0,108	0,946
I-7	2,50	±1,604	0,797	0,934
I-8	2,38	±0,916	0,845	0,935
I-9	2,50	±1,414	0,804	0,934
I-10	2,75	±0,886	0,547	0,940
I-11	2,88	±1,356	0,945	0,931
I-12	4,13	±1,458	0,753	0,935
I-13	2,00	±1,195	0,764	0,935
I-14	3,00	±1,069	0,695	0,937
I-15	2,88	±1,126	-0,549	0,956
I-16	3,63	±1,996	0,506	0,940
I-17	4,00	±1,909	0,708	0,937

Legenda: valores expressos em média± desvio padrão; I: item; M: média; DP: desvio padrão
Fonte: Elaborada pelos autores, 2018.

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 3), todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os

domínios psicossocial e atividade física. No entanto, o domínio satisfação de vida apresentou os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios.

Tabela 3. Coeficiente de correlações entre domínios do PAFQVSH numa amostra total(n=8).

PAFQVSH	Correlação	Habilidade Físico-Motora	Atividade Física	Psicossocial	SV	Total
Habilidade Físico-Motora	<i>Rô</i>	1,000	0,807*	0,778*	0,740*	0,970**
	<i>P</i>	-	0,015	0,023	0,036	0,000
Atividade Física	<i>Rô</i>	0,807*	1,000	0,951**	0,629	0,826*
	<i>P</i>	0,015	-	0,000	0,095	0,011
Psicossocial	<i>Rô</i>	0,778*	0,951**	1,000	0,652	0,798*
	<i>P</i>	0,023	0,000	-	0,080	0,018
Satisfação de Vida	<i>Rô</i>	0,740*	0,629	0,652	1,000	0,866**
	<i>P</i>	0,036	0,095	0,080	-	0,005
Total	<i>Rô</i>	0,970**	0,826*	0,798*	0,866**	1,000
	<i>P</i>	0,000	0,011	0,018	0,005	-

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral); **A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).
 Legenda: PAFQVSH- Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia; SV-satisfação de vida; *rô* – coeficiente de correlação de Spearman; *p* – significância; SV – Satisfação de Vida; *A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral); **A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018.

Na Tabela 4, estão representados os coeficientes de correlação de Spearman entre os domínios: habilidade físico-motora, atividade física, psicossocial e SV do PAFQVSH com os domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e satisfação de vida do WHOQOL-bref com as significâncias estatísticas.

Os coeficientes de correlação mais altos foram entre os domínios: atividade física e psicossocial do PAFQVSH com o domínio meio ambiente do WHOQOL-bref (correlações fortíssimas $p < 0,00$, $p < 0,01$, respectivamente) Os domínios atividade física e psicossocial apresentaram correlação estatisticamente significativa com o domínio do WHOQOL-bref: relações sociais. O domínio SV do PAFQVSH se correlacionou melhor com relações sociais e satisfação de vida do WHOQOL-bref. Não foi observada correlação significativa entre os escores do domínio habilidade físico-motora com algum domínio do WHOQOL-bref.

Tabela 4. Correlações dos domínios do PAFQVSH com dos domínios do WHOQOL-bref numa amostra total (n=8)

PAFQVSH	Correlação	WHOQOL-bref					
		Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	SV	Total
Habilidade Físico-Motora	<i>R</i>	0,14	0,12	0,61	0,54	0,56	0,31
	<i>p</i>	0,73	0,78	0,11	0,16	0,15	0,45
Atividade Física	<i>rô</i>	0,6	0,61	0,76*	0,88**	0,51	0,74*
	<i>p</i>	0,11	0,11	0,03	0,00	0,2	0,03
Psicossocial	<i>rô</i>	0,57	0,61	0,75*	0,86**	0,51	0,72*
	<i>p</i>	0,14	0,11	0,03	0,01	0,2	0,04
Satisfação de Vida	<i>rô</i>	0,35	0,4	0,79*	0,63	0,77*	0,48
	<i>p</i>	0,39	0,33	0,02	0,09	0,02	0,21
Total	<i>rô</i>	0,24	0,25	0,71*	0,63	0,71*	0,4
	<i>P</i>	0,57	0,59	0,05	0,1	0,04	0,32

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral); **A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral); Legenda: PAFQVSH - Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia; WHOQOL - World Health Organization Quality of Life; *rô* – coeficiente de correlação de Spearman; *p* – significância; SV – Satisfação de Vida; *A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral); **A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Elaborada pelos autores 2018.

Os resultados demonstrados na tabela 5 entre o PAFQVSH e o questionário HAQ, não evidenciaram correlação estatisticamente significativa.

Tabela 5. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios do PAFQVSH com o escore total do questionário HAQ numa amostra total (n=8)

PAFQVSH	Correlação	HAQ
Habilidade Físico-Motora	<i>rô</i>	-0,67
	<i>p</i>	0,07
Atividade Física	<i>rô</i>	-0,63
	<i>p</i>	0,1
Psicossocial	<i>rô</i>	-0,54
	<i>p</i>	0,16
Satisfação de Vida	<i>rô</i>	-0,63
	<i>p</i>	0,09
Total	<i>rô</i>	-0,71
	<i>p</i>	0,05

Legenda: PAFQVSH - Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia; HAQ -Health Assessment Questionnaire; ; *rô* – coeficiente de correlação de Spearman; *p* – significância;

Fonte: elaborada pelos autores 2018.

DISCUSSÃO

Não é possível considerar todas as implicações que o Acidente Vascular Cerebral pode provocar na vida do paciente¹³. No entanto, tem havido um crescente interesse entre os pesquisadores da área da saúde pela utilização de instrumentos que permitam uma avaliação mais holística, baseando-se nas informações do sujeito sobre sua condição de saúde, o que permitiria analisar não só a evolução do paciente e a decisão quanto ao tratamento mais indicado, mas também avaliar o efeito dessa disfunção nos aspectos físico, emocional e social^{14,15}. Dessa forma, o presente estudo investigou a correlação dos resultados obtidos pelo Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH) com os questionários validados na literatura: Health Assessment Questionnaire (HAQ) e World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-bref, nos seus domínios comuns, tendo tido o cuidado de antes verificar o grau de confiabilidade do PAFQVSH. É de relevância avaliar se o instrumento utilizado na pesquisa consegue inferir ou medir aquilo a que realmente se propõe, conferindo relevância para a pesquisa. O Coeficiente Alfa de Cronbach (α) é uma medida comumente utilizada de confiabilidade (ou seja, a avaliação da consistência interna dos questionários) para um conjunto de dois, ou mais indicadores de construto¹⁶. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70, de modo que abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada insatisfatória. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (maior confiabilidade entre os indicadores)¹⁷. Desse modo o grau de confiabilidade alfa 0,94, sugere que PAFVQSH é um instrumento construído com questões consistentes capazes de medir de forma concisa as respostas.

Quanto à correlação dos domínios do PAFQVSH, entre si, verificou-se que quatro domínios apresentaram correlações significativas ($r > 70$). A literatura diz, se as correlações forem altas, há evidência de que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade^{20,21}. Pesquisadores consideram que valores médios de correlação entre os itens superiores a 0,30 são considerados adequados e, portanto, medem o mesmo construto²².

Tanto a análise da confiabilidade do questionário, quanto à correlação entre itens do PAFQVSH, foram avaliadas de modo preliminar, visto o número da amostra. Por este motivo, para obter melhores respostas (observações) os dados obtidos a partir desta avaliação poderão ser juntados a um estudo futuro com amostra maior, a fim de promover a reformulação e a validação do PAFQVSH. Comumente, o tamanho amostral e a confiabilidade estão diretamente relacionados, e quanto mais observações se tem sob as mesmas condições metodológicas, em momentos diferentes, maior será a confiabilidade do instrumento²³.

No estudo de Faria²⁴, os autores explicam que o “ajustamento” implica múltiplos domínios (interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental). Neste sentido, o ajustamento psicossocial à doença refere-se ao modo como a pessoa enfrenta os desafios, em relação aos diferentes apoios sociais e ainda os mesmos autores afirmam que o ajustamento psicossocial varia de acordo com o contexto e implica no envolvimento de processos intrapsíquicos, que inclui as interações entre o próprio e os outros representantes do seu ambiente sócio-cultural, tais “interações são usualmente adquiridas através de padrões de comportamento, designados de papéis”, ressaltando a relação desse domínio com os demais.

Esses dados corroboram com os achados do nosso estudo, ao analisar a tabela 4 podemos identificar que o domínio Psicossocial apresenta uma forte correlação entre os domínios WHOQOL-bref: relações sociais e meio ambiente. Estas correlações sugerem que o PAFQVSH sustenta confiabilidade para avaliar as questões que envolvem os sujeitos a lidarem com as suas deficiências, sua recuperação funcional, suas relações com o ambiente bem como sua vida social e afetividade. Tal importância na confiabilidade de avaliação desse domínio é verificada em estudos como os de Carvalho²⁵ que evidenciam a importância da prática de tarefas funcionais para que o sujeito resolva e organize as condições relevantes do ambiente, assim como promover a socialização e afetividade, pois muitos sujeitos percebem suas capacidades mesmo no universo da plegia. Conferindo assim, ser de suma importância a capacidade de resiliência do paciente, permitindo com isso, uma maior capacidade de adaptação e superação diante das adversidades oriundas das privações afetivo funcionais pós AVC²⁶

De acordo com Covinsky²⁷ e Fassino²⁸, o domínio atividade física assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida dos sujeitos. Desse modo, o domínio atividade física do PAFQVSH interferiu positivamente no âmbito do meio ambiente e das relações sociais do WHOQOL-bref conferindo confiança na avaliação já que é de interesse coletar dados fidedignos que apontem uma melhora na qualidade de vida, nas interações pessoais, interrelações sociais e ambientais de modo a tornar-se uma oportunidade de investimento social, como também é referenciado em Laberg²⁹. Além disso, segundo a OMS, o ambiente físico que o sujeito está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo³⁰. Como destaca Pereira³¹, indivíduos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de inatividade física e o pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida. Dessa forma, é mais provável que o sujeito esteja físico

e socialmente ativo se puder ir andando com segurança a casa de seus vizinhos, ao trabalho, ao centro de reabilitação³².

O impacto que o AVC provoca na vida dos envolvidos pode ser variado como verificado no estudo de Edwards e colaboradores³³, onde cerca de 90%, dos 771 sujeitos hemiplégicos analisados, apresentaram alterações durante atividades da vida diária, laborais e recreativas, implicando na diminuição do grau de satisfação com a vida, sendo esse domínio passível de ser avaliado. Neste estudo, o grau de satisfação de vida dos sujeitos encontrado no PAFQVSH apresentou correlações significativas com os domínios que compõe o WHOQOL-bref: relações sociais e satisfação de vida, o que significa um fator positivo em relação a auto-imagem que o sujeito faz de si e o modo como ele identifica a sua condição de saúde. De acordo, com Rogers e Kinget³⁴, o sujeito tem a habilidade, inata, ou manifesta de conhecer a si próprio e as suas necessidades, enfrentando seus problemas e alcançando a resolução adequada para eles. Conforme os autores citados, o que é verdadeiramente importante não é se a condição é perfeita ou positiva, mas sim como o indivíduo a percebe. De modo semelhante, não se trata do eu, como existe na realidade, mas sim do eu percebido e sentido pelo sujeito e o PAFQVSH mostrou bem avaliar essa condição.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com esse estudo apontam que o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia (PAFQVSH) é um instrumento de confiança capaz de medir aquilo que se propõe.

Além disso, sua correlação com outro instrumento de avaliação já validado apontou que houve interferência entre os domínios comuns, sugerindo ser o PAFQVSH, um protocolo capaz de avaliar a resposta ao tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

1. Lotufo, A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease. *Rev. bras.* 2017; v.20, p.12.
2. Pereira, A. R. R. et al . Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , 2017; v.24, n.1, p.54-61.
3. Costa, SDV, De Melo, P L, Bezerra, TV, De Souza, MHF. Efeitos da Aplicação do Método Bobath e do Treino em Esteira com Suporte Parcial de Peso na Reabilitação da Marcha Pós-AVC: Uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Ciênc Saúde.* Rio Grande do Norte, 2014. v.18, p.161-166.
4. Garritano, C.R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. *Arq. Bras. Cardiol.* Rio de Janeiro, 2012; v.98, n.6, p.519-527.
5. Fernandes, BM. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. *Fisioter. Mov.*, Curitiba. 2012. V.25, n.2, p.333-341.
6. Galvão, M LC. et al. Efeito da Realidade Virtual na Função Motora do Membro Superior Parético Pós-Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*, São Paulo, 2015.v. 23, n.4, p.493-498.
7. Ponte AS, Fedosse E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva *Rev. CEFAC.*2016; v.18 , n.5, p.1097-1108.
8. Siqueira CM, Frazão SV, Lopes DSR, Petillo CP. Influência da intervenção fisioterapêutica no controle de tronco em portadores de hemiplegia. *ConScientiae Saúde*, 2011;v.10, n.3, p.500-507.
9. Paixão, CMJ., Reicheinhem, ME. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cad Saúde Pública.* 2005; v.21, n.1, p.7-19.
10. Homann D, Goes, SM Timossi, Leite L S N .Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados Assessment of functional capacity in women with fibromyalgia: direct and self-reported method. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* .2011; v.13, n.4, p.292-298
11. Amorin, P. “Mini international Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,2000 ; v.22 n.3,p.106-115.
12. Gomes J RAA, Hamann I EM, Gutierrez MMU. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. *Rev Bras Epidemiol* aBr-jun 2014; p.495-516.

13. Scheffer, Morgana et al . Acidente vascular cerebral frontal direito na fase crônica: auto e heteroavaliação da impulsividade e da disfunção executiva. *Neuropsicologia Latinoamericana*, Calle , 2015, v.7, n.2 ; 1-14.
14. Pereira, et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. educ. fís. esporte* [online]. 2012, v. 26, n.2. p.241-250.
15. Oliveira, Ana Railka de Souza et al. Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria en pacientes con accidente cerebro vascular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2015, v.23, n.2 , p.216-224.
16. Bland, J M.; Altman, d G.. Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, v.314, n.7080, p. 572, 1997
17. Streiner, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. . 2003, v. 80, p. 217-222.
18. Polese, JC et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Rev. Neurocienc. São Paulo*, 2008, v. 16, n. 3, p. 175-178.
19. Roncada C, Mattiello R, Pitrez PM, Sarria EE. Specific instruments to assess quality of life in children and adolescents with asthma. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:217---25.
20. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003 Feb;80(1):99-103
21. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993;v.78, n.1, p.98-104.
22. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 4th. Ed2008, Oxford University Press;
23. Ferreira, J.E.S. & Veiga, G.V. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco. *Rev Bras Epidemiol* 2008; v.11, n.3, p.393-401.
24. Faria, N.C et al . Ajustamento psicossocial após mastectomia - um olhar sobre a qualidade de vida. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa , v. 17, n.2, p. 201-213.
25. Carvalho, C. A. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. *Arq Ciênc Saúde*. São Paulo, 2007, v. 14, n.3, p. 161-168.
26. Silva MF. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; v.15 n.4, p.635-642
27. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF Jr, Phillips RS, Tsevat J, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med*. 1999;v.106, n.4, p.435-40.

28. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;v.35, n.1, p.9-20.
29. Laberge S. Toward the integration of gender into Bourdieu's concept of cultural capital. *Sociol of Spor Journ.* 1995;v.12, p.132-146.
30. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): 2005, OMS/OPAS.
31. Pereira J et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS* ,2006;v.28,n.1, p.27-38.
32. Edwards, D.; Harn, N.; Baum, C. e Dromerick, A. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *J Stroke Cerebrovasc Dis.*, 2009, v.15, n.4,p.151-
34. Rogers, C. e Kinget, G. Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva. *Ciências & Cognição* 2010; v.15 , n.2, p.155-164.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As correlações entre os instrumentos já validados, em seus domínios com o PAFQVSH , bem como o índice de confiabilidade interna do mesmo, permitiram verificar que os itens do protocolo são capazes de avaliar as principais alterações, apontadas na literatura, que ocorrem com sujeitos acometidos por AVC.

Este estudo permitiu conhecer melhor as correlações existentes entre os escores dos instrumentos, na intenção de avaliar melhor a condição humana e de propiciar uma intervenção efetiva para garantir menores perdas e maiores ganhos na independência funcional e na qualidade de vida dos sujeitos, conferindo ao Programa a credibilidade do êxito da proposta baseada no protocolo de avaliação.

Considera-se como uma limitação dessa pesquisa o reduzido número da amostra. E deixa-se como sugestão para novas pesquisas que seja abordado um numero maior de sujeitos com aplicação do teste-reteste, que permite avaliar os resultados semelhantes do instrumento sob as mesmas condições metodológicas, mas em momentos diferentes. Além da inclusão de um grupo controle com o intuito de se obter melhores resultados estatístico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1199-1207, 2008.
- AMORIN, P. “Mini international Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais”. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, ; v.22, n.3, p.106-115, 2000.
- BADRIAH F. et al. Interaction effects between rehabilitation and discharge destination on inpatients’ functional abilities. **J Rehabil Res Dev**. vol.50, n.6, p.821-34, 2013
- BENVEGNO, B. A. et al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE) . **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, 2008.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G.. Statistics notes: Cronbach’s alpha. **British Medical Journal**, v.314, n.7080, p. 572, 1997
- CANCELA, D M. G. O Acidente e Vascular Cerebral – Classificação, Principais Conseqüências e Reabilitação. 2008.
- CARVALHO, C. A. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. **Arq Ciênc Saúde**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 161-168, 2007.
- COSTA, SDV et al. Efeitos da Aplicação do Método Bobath e do Treino em Esteira com Suporte Parcial de Peso na Reabilitação da Marcha Pós-AVC: Uma Revisão Sistemática. **Rev Bras Ciênc Saúde**. Rio Grande do Norte, 18: 161-166, 2014.
- CORTINA JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **J Appl Psychol**.;v.78, n.1, p.98-104. 1993.
- COVINSKY K.E, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? **Am J Med**.;v.106,n.4, p.435-40. 38,1999.
- DA CRUZ, D. M.C. et al. Efeitos da intervenção em grupo de atividades de vida diária para pessoas com Sequela de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.18, n.8 , p.189-201, 2014.
- EDWARDS D, HARN, N, BAUM CE, DROMERICK A. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. **J Stroke Cerebrovasc Dis.**, v. 15, n.4, 151-157, 2009.
- FARIA, N.C., et al . Ajustamento psicossocial após mastectomia - um olhar sobre a qualidade de vida. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 17, n. 2, p. 201-213, 2016.

- FELIPE, A .K.M. et al. Fisioterapia em grupo melhora o equilíbrio e a funcionalidade de indivíduos com hemiparesia , **ConScientiae Saúde**,v.15, n.3, p.385-391, 2016
- FERLA, L.et al. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós AVC Physical Therapy in the treatment of trunk control and balance of patients after stroke Fabíola ,**Rev Neurocienc**v.v.23, n.2, p.211-217,2015.
- FERNANDES BM. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. **Fisioter. Mov.**, Curitiba..v. 25, n. 2, p. 333-341,2012.
- FERRO, J.; PIMENTAL, JNeurologia Fundamental. 2ª Edição LIDEL Portugal.pp, 101-104. (2013).
- FLECK, A.P.M.;et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. v. 34, n. 2. p.178-83. 2000.
- FRIES, J.F, et al. Th e Health Assessment Que stionnaire (HAQ). Clin Exp Rheumatol. 23(Suppl.39),p.14-18. 2005;
- GAGLIARDI .; Gagliardi V. D. B. Características Clínico-Demográficas do Acidente Vascular Cerebral em Santa Maria, RS Rubens, **Rev Neurocienc**;23,n.3, p.326-32,2015
- GALVÃO, M. L. C. et al. Efeito da Realidade Virtual na Função Motora do Membro Superior Parético Pós-Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.23 ,n.4, p.493-498, 2015.
- GARRITANO, C.R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arq. Bras. Cardiol**. Rio de Janeiro, v.98, n.6:p.519-527. 2012
- GOMES, J. R.A.A,et al. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Rev Bras Epidemiol** ; p.495-516, 2014.
- GUERRA, Z. F.et al. Avaliação da capacidade funcional pós acidente vascular cerebral (AVC). **Rev Bras Cien Med Saúde.**, Minas Gerais, v. 5, n. 5, p.1-5, 2017.
- HOMANN D.G.et al. .Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados Assessment of functional capacity in women with fibromyalgia: direct and self-reported method. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** .; v.13, n.4, p.292-298, 2011.
- KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios Terapêuticos**. 4º ed. São Paulo: Manole; 2004.
- LABERGE S.Toward na integration of gender into Bordieu’s concepto of cultural capital.**Sociol of Spor Journ**.;v.12, p.132-146, 1995.
- LEAL, F . Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Lisboa: Edição Sinais Vitais. 220 pp ,2001.

LOTUFO, A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease. **Rev. bras.**; v.20,n.12,2017

MACHADO, F. O. et al. Avaliação da Qualidade e Satisfação de Vida dos Pacientes antes da Internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a Alta Hospitalar. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 60-66. 2007.

MAKI, T. et al. Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fugl-Meyer no Brasil. **Rev bras fisioter**. Campinas, v. 10, n. 2, p. 177-83. 2006

NAGI, SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q.* v.54,n.4, 493-467. 1976.

NASCIMENTO, K. G.et al . Desfechos clínicos de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico após terapia trombolítica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 6, p. 650657, 2016.

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza et al. Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria en pacientes con accidente cerebro vascular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.23, n.2 , pp.216-224, 2015.

PAIXÃO, C.M.J.,REICHEINHEM, M.E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Cad Saúde Pública.**; v.21,n.1, p.7-19. 2005

PEREIRA, A. R. R. et al . Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo , v. 24, n. 1, p. 54-61, 2017.

PEREIRA, E. F,et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte.**, vol.26, n.2, pp.241-250, 2012.

PIROPO, T. G. N. et al. Estilo de vida de pessoas idosas pós- acidente vascular encefálico e sua relação com a assistência de fisioterapia em domicílio. **Rev. Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 41-56, nov. 2010.

POLESE, J. C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc.** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 175-178. 2008

PONTE A.S; FEDOSSE E. Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva **Rev. CEFAC.** v.n.5, p.1097-1108, 2016.

PRADO, A.L.C.; ALVES,A.S.; ESSY,G.S. Programa interdisciplinar de atenção a hemiplégicos pós-acidente vascular cerebral: uma abordagem de terapia em grupo. **Revista Extendere**, v.2, n.1, p.96-106, 2014.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 205-12. 2013

RIGHY, C et al. Subprodutos do metabolismo da hemoglobina se associam com resposta inflamatória em pacientes com acidente vascular cerebral hemorrágico. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.30,n.1, p.21-27, 2018.

RIBERTO M, et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátr.**; vol.8, n.1, p.45-52 ,2001.

ROGERS C. E , KINGET G. Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva. **Ciências & Cognição**. V. 15, n.2, p. 155-164, 2010.

SCHEFFER, Morgana et al . Acidente vascular cerebral frontal direito na fase crônica: auto e heteroavaliação da impulsividade e da disfunção executiva. **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle , v. 7, n. 2, p. 1-14, 2015 .

SILVA, A. S. D.; LIMA, A. P.; CARDOSO, F. B. A relação benéfica entre o exercício físico e a fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 2, n. 1, p. 96-106, 2014.

SIQUEIRA, C.M .et al. Influência da intervenção fisioterapêutica no controle de tronco em portadores de hemiplegia. **ConScientiae Saúde**; v.10, n.3, p.500-507, 2011.

SOUZA, A.R.; LANZA, L.T.A.;BERTOLINI, S.M.M.G. Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de acidente vascular encefálico através do índice de Barthel em diferentes períodos após a instalação da lesão. **Saúde Pesq**, v.3, n.1,p. 1271-5, 2008.

STREINER D.L, NORMAN G.R. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 4th Ed. Oxford University Press; 2008

STREINER D.L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **J Pers Assess**, Feb;v.80, n.1, p.99-103. 2003

UTIDA, K. A.M.; BATISTON, A. P.; SOUZA,L.A. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.107-112, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Confidencialidade

Apêndice A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Avaliação do Efeito de um Programa de Fisioterapia em Grupo em Indivíduos Pós Acidente Vascular Cerebral.

Pesquisador responsável: Prof. Dra Ana Lúcia Cervi Prado.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação.

Telefone para contato: 32208178

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados dos instrumentos de avaliação do Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplégicos Pós AVC armazenados no Serviço de Fisioterapia do HUSM serão analisados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um armário chaveado no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Ana Lúcia Cervi Prado. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto está registrado no GAPE sob o nº 042238.

Santa Maria, 30 de março de 2016

Ana Lúcia Cervi Prado

Prof. Dra. Ana Lúcia Cervi Prado

Natalia dos Santos Rocha *Flavia Pacheco de Faria*

Natalia dos Santos Rocha

Flavia Andressa Fabricio Pacheco de Faria

Apêndice B - Solicitação para a utilização do banco de dados

Apêndice B

Universidade Federal de Santa Maria
 Centro de Ciências da Saúde
 Departamento de Fisioterapia e Reabilitação

Ao Chefe do Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, Ricardo Salaberry Willeker.

Vimos, por meio deste, solicitar a utilização das avaliações armazenadas no Serviço de fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria para a realização das atividades referentes ao projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do Efeito de um Programa de Fisioterapia em Grupo em Indivíduos Pós Acidente Vascular Cerebral" de autoria das acadêmicas do curso de Fisioterapia, Flávia Andressa Fabricio Pache de Faria e Natalia dos Santos Rocha, sob orientação do Prof. Dra. Ana Lúcia Cervi Prado e co-orientação da Ma. Carla Roberta Nunes Polachini. As avaliações dos dados serão realizadas no ambulatório de fisioterapia entre os meses ^{05/06} ~~05/06~~ _{Maio Junho} de 2016.

Santa Maria, ~~30~~ de ~~março~~ 2016.

Ana Lucia Cervi Prado
 Professora Responsável: Prof. Dra. Ana Lucia Cervi Prado

Natalia dos Santos Rocha *Flávia Pache de Faria*
 Acadêmica Responsável Acadêmica Responsável

Ricardo S. Willeker RICARDO S. WILLEKER
 FISIOTERAPEUTA
 CRÉDITO 12345

Chefe do Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Rodovia, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Estudo preliminar sobre as correlações entre a qualidade de vida e independência funcional em sujeitos pós AVC

Pesquisador responsável: Prof.^a Dra Ana Lúcia Cervi Prado

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação.

Telefone e endereço postal completo: (55) 32131795 -Avenida Roraima, 1000, prédio 22, sala 1504, 97105-340 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Eu, Ana Lúcia Cervi Prado, responsável pela pesquisa “Estudo preliminar sobre as correlações entre a qualidade de vida e independência funcional em sujeitos pós AVC”, juntamente com a Pós-Graduanda do Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Natalia dos Santos Rocha, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende comparar e relacionar os resultados obtidos pelo Protocolo aplicado como indicador para avaliar a evolução do tratamento no Programa Interdisciplinar de assistência a hemiplégicos pós acidente vascular cerebral do Hospital Universitário de Santa Maria com protocolos referenciados na literatura e clínica que avaliam atividades de vida diária e independência funcional (Índice de Barthel e MIF).

A coleta de dados será realizada durante a sessão de terapia em grupo, no qual os sujeitos serão convidados a participar da pesquisa e, aqueles que aceitarem o convite, serão submetidos à coleta de dados de forma privativa. A aplicação desses será efetuada por uma única avaliadora em todos os sujeitos. Inicialmente será aplicado o instrumento Mini exame do Estado Mental- MEEM, o MEEM que é utilizado para avaliar rapidamente as

habilidades cognitivas. Para a identificação dos sujeitos será aplicado o protocolo de avaliação fisioterapêutica desenvolvido pelo Programa utilizado para o registro de dados pessoais, a história da doença e das sequelas da doença. E através dele será delineado o perfil clínico e sócio-demográfico dos sujeitos hemiplégicos do estudo. Posteriormente será aplicado o Protocolo adaptado e desenvolvido pelo Programa interdisciplinar de Atenção a hemiplégicos, para avaliação da capacidade funcional e para a qualidade de vida dos sujeitos participantes que envolve a tarefas com vistas a uma determinada função motora, habilidades físicas, os *hobbies* e a situação laborativa dos diversos momentos do sujeito. Após serão aplicados mais dois instrumentos, o Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional, que são questionários que informam as habilidades para tarefas diárias e nível de independência para realizá-las.

É possível que aconteçam riscos de quedas que podem ser prevenidas pelo controle da instabilidade dos sujeitos pelo avaliador que deverá estar sempre atento e próximo durante todas as tarefas motoras. O risco de fadiga durante a aplicação dos questionários pode ser evitado pela interrupção dos mesmos e remarcação de uma nova agenda. O benefício que pode ser concedido pela pesquisa é a confirmação da utilização do protocolo como indicador de qualidade.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento através do telefone da pesquisadora Natalia dos Santos Rocha (55) 981393472. E poderá entrar em contato ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (55) 3220-9362.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela assistência médica, por meio do posto de saúde mais próximo a sua instituição. Caso ocorram acidentes durante os atendimentos, nós pesquisadores assumimos a responsabilidade de conduzi-lo imediatamente a unidade básica mais próxima do local da pesquisa para atendimento médico.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Os pesquisadores se comprometem em garantir a privacidade dos mesmos de acordo com o *Termo de Confidencialidade*, bem como a garantia de direitos previstos na resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, observando que cabe aos pesquisadores a responsabilidade dessas garantias, além da preservação do anonimato do sujeito pesquisado, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Após a análise e interpretação dos resultados, esses

permanecem em um armário devidamente protegido na Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria, sob a responsabilidade da pesquisadora-orientadora. Ficarão restritos por um período de cinco anos, após o qual, serão excluídos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local,

=====

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Apêndice D- Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia

Protocolo de Avaliação de Funcionalidade e de Qualidade de Vida para Sequela de Hemiplegia-PAFQVSH

Paciente _____

Lado da hemiplegia: (D) (E)

Data: _____

Domínio I- Habilidade físico-motora (relacionado com qualidade do movimento)

Lado hemiplégico

Lado não hemiplégico

1º -Copo de água

1-Copo de água

Levar um copo de água à boca

Levar um copo de água à boca

- 1 () Não tem
- 2 () Muito pouco
- 3 () Pouco
- 4 () Moderado
- 5 () Quase normal

- 1 () Não tem
- 2 () Muito pouco
- 3 () Pouco
- 4 () Moderado
- 5 () Quase normal

2º- Copo de água

2- Copo de água

Beber um copo de água

Beber um copo de água

- 1 () Não tem
- 2 () Muito pouco
- 3 () Pouco
- 4 () Moderado
- 5 () Quase normal

- 1 () Não tem
- 2 () Muito pouco
- 3 () Pouco
- 4 () Moderado
- 5 () Quase normal

- Tempo limite de 1 minuto

Lado hemiplégico

3º- Roda de ombro

- 1() 0°
- 2() 1° até 45°
- 3() 46° até 90°
- 4() 91° até 135°
- 5() 136° até 180°

Lado não hemiplégico

3- Roda de ombro

- 1() 0°
- 2() 1° até 45°
- 3() 46° até 90°
- 4() 91° até 135°
- 5() 136° até 180°

Lado hemiplégico

4º Flexão- Escada de dedos

- () Dissocia dedos
- () Não dissocia dedos

___ nº de degraus

- 1 () 0
- 2 () 1 até 5
- 3 () 6 até 10
- 4 () 11 até 15
- 5 () 16 até 20

Lado não hemiplégico

4 Flexão- Escada de dedos

- () Dissocia dedos
- () Não dissocia dedos

___ nº de degraus

- 1 () 0
- 2 () 1 até 5
- 3 () 6 até 10
- 4 () 11 até 15
- 5 () 16 até 20

Lado hemiplégico

5º Abdução- Escada de dedos

- () Dissocia dedos
- () Não dissocia dedos

___ nº de degraus

- 1 () 0
- 2 () 1 até 5
- 3 () 6 até 10
- 4 () 11 até 15
- 5 () 16 até 20

Lado não hemiplégico

5 Abdução- Escada de dedos

- () Dissocia dedos
- () Não dissocia dedos

___ nº de degraus

- 1 () 0
- 2 () 1 até 5
- 3 () 6 até 10
- 4 () 11 até 15
- 5 () 16 até 20

6º- Sustentação sobre a perna (0-4 pontos)***Considerar somente a pontuação do lado hemiplégico**

Esquerda Direita

1 ()	1 ()	Não se sustenta
2 ()	2 ()	Permanece menos de 5 segundos com apoio
3 ()	3 ()	Permanece menos de 5 segundos sem apoio
4 ()	4 ()	Permanece mais de 5 segundos com apoio
5 ()	5 ()	Permanece mais de 5 segundos sem apoio

Domínio II- Atividade Física

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7º) Desenvolve atividade de trabalho fora de casa	1	2	3	4	5
8º) Sobe uma rampa de escadas sem fadiga	1	2	3	4	5
9º) Vai fazer compra e segura as sacolas	1	2	3	4	5
10º) Sai a passeio	1	2	3	4	5
11º) Faz atividades domésticas	1	2	3	4	5
12º) Lava-se e se veste	1	2	3	4	5

Domínio III- Psicossocial

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
13º) Há hobbies: ocupa-se de horto/jardim ou esporte	1	2	3	4	5
14º) Frequenta e vê amigos ou parentes	1	2	3	4	5
15º) Leitura: jornal, revistas ou livros	1	2	3	4	5
16º) Assiste a televisão	1	2	3	4	5

Domínio IV- Satisfação de vida

17º)

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
O quanto está satisfeito com a sua vida	1	2	3	4	5

Adaptado de (MAKI et al; 2006),(KISNER,2004), (MACHADO et al; 2007)

ANEXOS

Anexo A – Dados demográficos e clínico**Avaliador:** _____ **Data:** __/__/__**Dados pessoais:**

- 1) Nome: _____
-
- 2) Data de nascimento: __/__/__ idade: _____ anos
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo
- 5) Escolaridade: () analfabeto () 1º
Grau () 2º Grau () Técnico () Superior
completo () incompleto () em
andamento
- 6) Raça: _____
- 7) Local em que reside: _____
-
- 8) Profissão pré-AVC: _____
- 9) Atividade pós-AVC: _____
- 10) Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
- 11) Circunferência Abdominal: _____ cm
- 12) Pressão arterial: _____
- 13) Tipo de AVC: () Isquêmico () Hemorrágico
- 14) Hemisfério: () Direito () Esquerdo ()
Lateralidade
- 15) Tempo decorrido desde a lesão (data da lesão): _____
- 16) Histórico progresso de doenças? _____
- 17) Antecedentes Familiares: _____
- 18) () Etilismo () Tabagismo () Sedentarismo ()
Hipertensão

Anexo B – Registro no Gabinete de Projetos-GAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
1.2.1.20.1.01 Projetos na Intgra

Data: 01/03/2016
Hora: 10:53

Título: AVALIAÇÃO DO EFEITO DE UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO EM SUJEITOS PÓS AVC

Número do Projeto: 042238 Classificação Principal: Pesquisa Data Inicial: 03/02/2016 Data Final: 03/08/2016

Registrado em: 03/02/2016 Situação: Em andamento Avaliação: Novo/Registrado Última Avaliação:

Fundação: Não necessita contratar fundação Nº do Projeto na Fundação:

Supervisor Financeiro: Valor Previsto: 2.940,00

Pagamento de Bolsa: Não paga nenhum tipo de bolsa Valor Máximo da Bolsa: 0,00

Bolsas Pagas Pelo Projeto: Não se aplica

Proteção do Conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção. Tipo de Proteção: Não se aplica Alunos Matrícula: Não se aplica

Tipo de Evento: Não se aplica Carga Horária: Não se aplica Alunos Concluintes: Não se aplica

Público Alvo: 20

Palavras-chave: AVC, hemiplegia, reabilitação, qualidade de vida

Resumo: O AVC é a segunda principal causa de morte, no mundo, após o infarto agudo do miocárdio. A grande maioria dos pacientes com AVC evolui com incapacidades e prejuízos sensíveis motores, o que pode exigir um tratamento permanente de reabilitação físico-motora. O acesso a centros de reabilitação gratuitos obedece a um agendamento de acordo com os recursos humanos e espaço físico disponível, o que acaba por deixar muitos pacientes em lista de espera. Assim, na busca de uma solução para esse problema, criou-se um projeto de extensão no ambulatório de fisioterapia do HUSM, no qual em uma mesma sessão, um número maior de sujeitos pode realizar o tratamento de fisioterapia em grupo. Essa terapia ocorre sob a orientação de um profissional responsável, e é capaz de suprir essa demanda que exige um constante acompanhamento. A prática de terapia em grupo adotada, já contempla a questão do paciente não ficar à margem do atendimento fisioterapêutico e, poderá também, ter um papel importante na recuperação funcional e na qualidade de vida desses sujeitos. Desse modo, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar se o tratamento fisioterapêutico em grupo, do Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplegicos pós AVC, está sendo eficaz na melhoria dos seus participantes. Para este estudo realizou-se a uma análise dos dados contidos no protocolo referente aos indicadores de qualidade desenvolvidos pelo Programa. O protocolo se constitui de um questionário sobre a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. Por essas análises espera-se conhecer o resultado do tratamento fisioterapêutico em grupo em sujeitos hemiplegicos pós AVC.

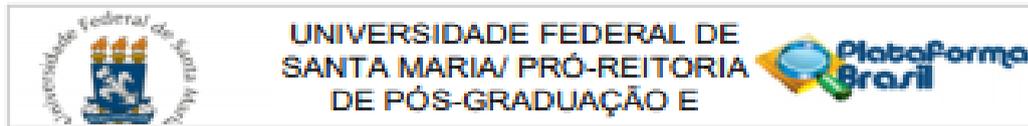
Observação:

Matrícula Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horário (semanal)	Data Inicial	Data Final
379288 ANA LUIZA CERVI PRADO	Docente	Orientador		10 horas	03/02/2016	03/07/2016
2248232 CARLA ROBERTA NUNES POLACINI	Docente	Co-orientador		8 horas	03/02/2016	03/07/2016
201211847 FLAVIA ANDRESSA FABRICO PAQUE DE FARIA	Aluno de Graduação	Participante		10 horas	03/02/2016	03/07/2016
201210141 NATALIA DOS SANTOS ROCHA	Aluno de Graduação	Participante		10 horas	03/02/2016	03/08/2016

Valéria Garet
Chefe do Gabinete de Projetos
SINPE: 2024076

Página: 1

Anexo C– Parecer Consubstanciado do CEP-emenda



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO EFEITO DE UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO EM INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: Ana Lucia Cervi Prado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 58546916.8.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.548.028

Apresentação do Projeto:

Ementa apresentada ao projeto em que propõe apresentar novo instrumento de coleta de dados estabelecendo correlação com o protocolo de avaliação do Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplégicos pós AVC na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes.

Serão aplicados o Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional que são questionários que informam as habilidades para tarefas diárias e nível de independência para realizá-las.

Objetivo da Pesquisa:

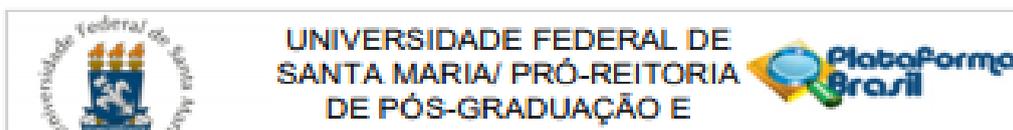
.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É possível que aconteçam riscos de quedas que podem ser prevenidas pelo controle da instabilidade dos sujeitos pelo avaliador que deverá estar sempre atento e próximo durante todas as tarefas motoras. O risco de fadiga durante a aplicação dos questionários pode ser evitado pela interrupção dos mesmos e remarcação de uma nova agenda.

O benefício que pode ser concedido pela pesquisa é a confirmação da utilização do protocolo

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-910
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.549.028

como indicador de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta novo TCLE, cronograma de execução com tabulação e análise dos dados em fev/mar/abr -18

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

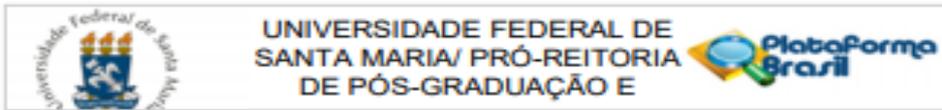
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_100019_2_E1.pdf	09/01/2018 12:18:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TcleNatalia.pdf	09/01/2018 10:54:09	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleNatalia.pdf	09/01/2018 10:53:43	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	23/11/2017 17:37:30	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Outros	emenda.pdf	23/11/2017 17:31:08	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	16/06/2016 22:33:11	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	16/06/2016 22:27:23	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Outros	gap.pdf	28/05/2016 00:00:26	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.548.028

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/05/2016 23:47:32	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Outros	registro_GEP.pdf	02/05/2016 23:20:11	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	permissao.pdf	02/05/2016 23:16:23	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/05/2016 23:12:34	Ana Lucia Cervi Prado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Março de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cnp.ufsm@gmail.com

Anexo D- Registro de Projetos -GEP

Flaviana_01PT@hotmail.com

 HUSM/UFMS 	Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
---	--	---

REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 015/2016 Data: 01/03/2016

Pesquisador(a): Ana Lucia Curi Prado Função: Orientadora - Professora
 SIAPE: 379288 Telefone: (51) 3333-7210 Unidade/Curso: Financiamento - UFMS

E-mail: a.lucia@lucia.com.br
 Título: Avaliação de Efeitos de um programa de fisioterapia em pacientes em espera por AVC

TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional
 FINALIDADE: TCC () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado
 () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros

Qual programa:
 TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (Strito Sensu) () Pré-Clinica () Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T
 () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV

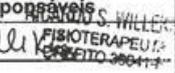
- Multicêntrico: Não () Sim, Qual?
 - Período Execução: Ano (Início): 2/2/2016 Ano (Término): 3/08/2016

FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos do Pesquisador () HUSM () Edital Interno UFMS, Qual? _____
 () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outros, Qual? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não () Sim, Qual?
 OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Ana Lucia Curi Prado
 Pesquisador(a) responsável

► SETORIAL: **AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL**

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto		Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Ambulatório de Fisioterapia HUSM</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Ricardo W. Lli</u> 
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
_____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____

► COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: De acordo c/ sugestões Data: 06/04/16

► PARECER FINAL GEP/HUSM: Do CEP
 Prof. Beatriz Silveira da Silveira Porto
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 Assinatura e Carimbo Data: 14/04/16

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer substanciado na GEP/HUSM.

Anexo E- Questionário WHOQOL-bref

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	Muito satisfeito

				insatisfeito		
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do	1	2	3	4	5

	local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Anexo F- Questionário HAQ

HAQ: Health Assessment Questionnaire (0 a 3)

No.	Atividade	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
01	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?				
02	Lavar sua cabeça e os seus cabelos?				
03	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?				
04	Deitar-se e levantar-se da cama?				
05	Cortar um pedaço de carne?				
06	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?				
07	Abrir um saco de leite comum?				
08	Caminhar em lugares planos?				
09	Subir cinco degraus?				
10	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?				
11	Tomar um banho de chuveiro?				
12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				
13	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?				
14	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?				
15	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?				
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?				
17	Abrir e fechar torneiras?				
18	Fazer compras na redondeza onde mora?				
19	Entrar e sair de um ônibus?				
20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?				

Avaliação dos Escores do HAQ: média aritmética dos maiores escores de cada componente

Componentes	Perguntas	Maior escore
Componente 1 (vestir-se).	Perguntas 1 e 2.	
Componente 2 (levantar-se).	Perguntas 3 e 4.	
Componente 3 (alimentar-se).	Perguntas 5, 6 e 7.	
Componente 4 (caminhar).	Perguntas 8 e 9.	
Componente 5 (higiene pessoal).	Perguntas 10, 11 e 12	
Componente 6 (alcançar objetos).	Perguntas 13 e 14.	
Componente 7 (apreender objetos).	Perguntas 15, 16 e 17.	
Componente 8 (outras atividades).	Perguntas 18, 19 e 20.	

A fórmula do HAQ é calculada a partir dos maiores escores de cada componente: somatório dos maiores escores de cada componente (o maior escore do componente 1 mais o maior escore do componente 2 mais o maior escore do componente 3 mais o maior escore do componente 4 mais o maior escore do componente 5 mais o maior escore do componente 6 mais o maior escore do componente 7 mais o maior escore do componente 8) dividido por 8.

Anexo G- MEEM**Mini Mental State Examination (MMSE)****1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ____

Em que mês estamos? ____

Em que dia do mês estamos? ____

Em que dia da semana estamos? ____

Em que estação do ano estamos? ____

Nota: ____

Em que país estamos? ____

Em que distrito vive? ____

Em que terra vive? ____

Em que casa estamos? ____

Em que andar estamos? ____

Nota: ____**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra

Gato

Bola

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

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

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: ____**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Gato ____

Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

- a. "Como se chama isto? Mostrar os
objectos: Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota

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

- Pega com a mão direita____
Dobra ao meio ____
Coloca onde deve____

Nota: _____

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

Nota: _____

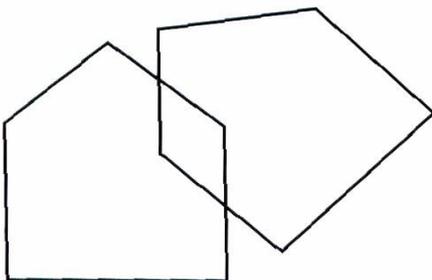
- b. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota:

Anexo H- Normas da revista

Fisioterapia & Pesquisa

Instruções aos Autores

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d)”;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials*(<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – *Resumo*, abstract, *descritores* e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords*(sugere-se a consulta

aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

AAs referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.