

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

**PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS
ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
EM GRUPO**

MONOGRAFIA

Bibiana Reis Cavalheiro

**Santa Maria, RS, Brasil.
2012**

Especialização em Reabilitação Físico-Motora / UFSM, RS. CAVALHEIRO, Bibiana 2012

PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO

Bibiana Reis Cavalheiro

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

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

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

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

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a monografia

**PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS ATENDIDOS
EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO**

elaborado por
Bibiana Reis Cavalheiro

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Maria Saleti Vogt. Dr^a. (UFSM)

Miriam Delboni, Ms. (UFSM)

Santa Maria, 5 de julho de 2012.

AGRADECIMENTOS

Em alguns momentos difíceis da trajetória percorrida durante a pós-graduação e a produção deste trabalho tive pessoas que não hesitaram em oferecer-me ajuda, então presto meus agradecimentos:

*Aos meus pais **Denise e Carlos**, pelo apoio incondicional, por serem os exemplos que segui e pelo incentivo ao estudo que me deram,*

*Em especial a minha mãe **Denise**, pela coragem e compreensão, pois nem sempre pude estar ao seu lado nos momentos difíceis.*

*Ao meu namorado **Jonas**, pelo carinho, companheirismo, paciência e apoio imprescindível para o término do curso.*

*As amigas de Cachoeira do Sul **Francine e Valquíria**, pela amizade, acolhimento e ajuda.*

*A minha orientadora **prof^a Ana Lúcia**, pelos conhecimentos compartilhados, pela orientação e por ser um exemplo profissional e pessoal a ser seguido.*

*Ao amigo querido **Fabício**, pela disponibilidade de me auxiliar com a análise estatística.*

*A minha cunhada **Marileda**, pelas orientações metodológicas e estatísticas.*

*A amiga **Carline**, pela ajuda com as traduções.*

*Aos **participantes, pacientes e bolsistas** do grupo **Hemiplegia no HUSM**.*

*Aos **professores (as)** do curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da UFSM.*

*Aos **professores (as) da Banca Examinadora**, pela disponibilidade em participarem da validação deste trabalho.*

A todos aqueles que participaram da minha trajetória durante o transcorrer do curso de especialização.

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora
Universidade Federal de Santa Maria

PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO

AUTORA: BIBIANA REIS CAVALHEIRO

ORIENTADORA: ANA LÚCIA CERVI PRADO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 09 de julho de 2012.

O objetivo do estudo foi verificar o perfil de depressão de hemiplégicos pós-AVC participantes do grupo de hemiplégicos do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria. Para tal, realizou-se um estudo observacional de corte transversal, utilizando o Inventário de Depressão de Beck para avaliação dos níveis de depressão, a Escala Modificada de Rankin para traçar os níveis de incapacidade e o protocolo de avaliação fisioterapêutica, desenvolvido pelo programa de extensão, para delinear o perfil clínico e sócio-demográfico, em 13 sujeitos hemiplégicos pós-AVC. A amostra estudada apresentou elevada frequência de indivíduos com algum grau de depressão (46,2%), no entanto a maioria não apresentou níveis de depressão (53,8%). A maior parte dos avaliados (61,5%) possuía algum nível de incapacidade, sendo a maior frequência encontrada no nível de incapacidade moderada. Concluiu-se que amostra estudada não apresentou perfil de depressão expressivo, porém a frequência daqueles que apresentavam algum nível de depressão foi elevada, apontando para necessidade de acompanhamento desses pacientes quanto aos aspectos relacionados aos transtornos de humor, como a depressão, facilitando assim, o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Depressão. AVC. Hemiplegia. Fisioterapia. Grupo.

ABSTRACT

Specialization Monograph
Physical and Motor Rehabilitation Specialization Course
Santa Maria Federal University

DEPRESSION PROFILE OF HEMIPLEGICS ASSISTED AT A PROGRAM OF PHYSICAL THERAPY IN GROUP

AUTHOR: BIBIANA REIS CAVALHEIRO

ADVISOR: ANA LÚCIA CERVI PRADO

Defense Date and Location: Santa Maria, July 9, 2012.

The objective of this study was to verify the depression profile in the hemiplegic group of the extension program "HUSM Hemiplegia: a group therapy proposal", developed at the Physical Therapy Department of Santa Maria University Hospital. It was a cross-sectional observational study with quantitative approach using Beck Depression Inventory (BDI) to evaluate the depression level, Modified Rankin Scale to trace the disability level, and physical therapy assessment protocol developed by the extension program to delineate the clinical and socio-demographic profile in 13 hemiplegic post-stroke. The studied sample had a high frequency of individuals with some depression degree (46.2%); however the majority did not show levels of depression (53.8%). Almost all the studied (61.5%) had some disability level and the largest frequency was found in the moderate level of disability. The conclusion was that the sample did not show a significant depression profile, but the frequency of those who had some depression level was high, what indicates the need of monitoring these patients on the aspects related to mood disorders, such as depression, facilitating the forwarding to diagnosis and treatment.

Keywords: Depression. Stroke. Hemiplegia. Physiotherapy. Group.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

BDI – Inventário de Depressão de Beck

DPAVC – Depressão Pós AVC

EMR – Escala Modificada de Rankin

CCS – Centro de Ciências da Saúde.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

DEPE – Direção de Ensino Pesquisa e Extensão

GAP – Gabinete de Projetos.

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Science

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. ARTIGO – PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO.....	11
2.1 Resumo.....	11
2.2 Abstract.....	11
2.3 Introdução.....	13
2.4 Material e métodos.....	14
2.5 Resultados.....	16
2.6 Discussão.....	24
2.7 Conclusão.....	26
2.8 Referências bibliográficas.....	26
3. CONCLUSÃO.....	31
4. REFERÊNCIAS.....	32
5. APÊNDICES.....	34
6. ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o crescente aumento da expectativa de vida da população levou a mudanças epidemiológicas na saúde pública, com o aumento de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas. Dentre estas doenças destaca-se o acidente vascular cerebral - AVC (REIS *et al*, 2007; TEIXEIRA-SALMELA *et al*, 2005).

O AVC é uma enfermidade de alta incidência, acompanhada de alta taxa de morbi-mortalidade, sendo a terceira maior causa de óbitos em todo o mundo e a doença que mais mata e incapacita no Brasil. Assim, o AVC é considerado uma das doenças neurológicas mais comuns na vida adulta, responsável por incapacidade e morte (OMS, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2009; GAGLIARDI, RAFFIN & CABETTE, 2001; RADANOVIC, 2005; MANSUR *et al*, 2003).

Após o AVC, os pacientes podem apresentar alterações sensitivas, cognitivas e motoras, sendo a hemiplegia a disfunção motora mais comum após o AVC (LEWES, 2002; SHEPHERD & CARR, 2006; PATEL *et al*, 2006).

A hemiplegia é caracterizada por um estado de paresia ou uma paralisia de um hemicorpo o que prejudica a realização de atividades de vida diária, retorno ao trabalho e ao convívio social, levando ao sofrimento, à incapacidade ou dificuldade em realizar diversas tarefas e impactos negativos na recuperação global do paciente (SILVA, 2011; COSTA, 2009; GOMES-NETO, 2007).

Dessa forma, os indivíduos vítimas de AVC necessitam receber cuidados de reabilitação visando à recuperação dentro de um trabalho global, mantendo a tendência de primeiro tentar reduzir as limitações funcionais e, posteriormente, aumentar a reintegração social ou adaptação no ambiente (SILVA, 2011).

Neste contexto, o programa de extensão denominado “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo” foi criado no ano de 2006, visando à recuperação das sequelas físico-motoras através de atividades de aprendizagem motora e o aprimoramento da consciência corporal, além de ampliar a capacidade de relação interpessoal. As atividades ocorrem uma vez por semana com duração de uma hora, no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

Sabe-se que complicações psiquiátricas são indicadas na literatura como fatores determinantes da incapacitação do paciente após o AVC, dificultando e prolongando o

tempo de recuperação e reabilitação (TERRONI, 2009; KATON, 2003; TENG *et al*, 2005; ROBINSON *et al*, 2003; HACKEYTT *et al*, 2005; CAROTA 2005, BERG *et al*, 2003).

Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo principal verificar o perfil de depressão de hemiplégicos pós-AVC participantes do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”.

Detectar a presença de níveis de depressão poderia se tornar um importante instrumento de encaminhamento dos sujeitos que frequentam o grupo de terapia a profissionais que possam melhor tratar esse distúrbio. Além disso, poderia proporcionar um melhor entendimento do profissional da saúde quanto aos transtornos de humor associados a transtornos neurológicos, como o AVC, gerando benefícios para a continuidade do tratamento de reeducação neurofuncional.

2. PERFIL DE DEPRESSÃO DE HEMIPLÉGICOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EM GRUPO ¹

BIBIANA REIS CAVALHEIRO 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) julho de 2012.

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:
Bibiana Reis Cavalheiro
Rua Mário Quintana, 302.
Santa Maria – RS. 97110-751
E-mail: bibiana_reis@yahoo.com.br

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o registro CAEE nº 00736012.1.0000.5346.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. AVC. Hemiplegia. Fisioterapia. Grupo.

KEYWORDS: Depression. Stroke. Hemiplegia. Physiotherapy. Group.

2.1 RESUMO

Contextualização: Complicações psiquiátricas são fatores determinantes da incapacitação do indivíduo após o AVC, dificultando e prolongando o tempo de recuperação e reabilitação, sendo a depressão a mais prevalente e com pior prognóstico.

Objetivo: Verificar o perfil de depressão de hemiplégicos pós-AVC participantes do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional de corte transversal, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliação dos níveis de depressão, a Escala Modificada de Rankin para traçar os níveis de incapacidade e o protocolo de avaliação fisioterapêutica, desenvolvido pelo programa de extensão, para delinear o perfil clínico e sócio-demográfico, em 13 sujeitos hemiplégicos pós-AVC.

Resultados: A amostra estudada apresentou elevada frequência de indivíduos com algum grau de depressão (46,2%), no entanto a maioria não apresentou níveis de depressão (53,8%). A maior parte dos avaliados (61,5%) possuía algum nível de incapacidade, sendo a maior frequência encontrada no nível de incapacidade moderada.

Conclusão: A amostra estudada não apresentou perfil de depressão expressivo, porém a frequência daqueles que apresentavam algum nível de depressão foi elevada, apontando para necessidade de acompanhamento desses pacientes quanto aos aspectos relacionados aos transtornos de humor, como a depressão, facilitando assim, o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento.

2.2 ABSTRACT

Background: Psychiatric complications are factors that determine the post-stroke individual's disability. They complicate and extend the recovery and rehabilitation time, and the depression is the most prevalent and worse prognosis.

Objective: To verify the depression profile in the hemiplegic group of the extension program "HUSM Hemiplegia: a group therapy proposal", developed at the Physical Therapy Department of Santa Maria University Hospital.

Materials e Methods: It was a cross-sectional observational study with quantitative approach using Beck Depression Inventory (BDI) to evaluate the depression level, Modified Rankin Scale to trace the disability level, and physical therapy assessment

protocol developed by the extension program to delineate the clinical and socio-demographic profile in 13 hemiplegic post-stroke.

Results: The studied sample had a high frequency of individuals with some depression degree (46.2%); however the majority did not show levels of depression (53.8%). Almost all the studied (61.5%) had some disability level and the largest frequency was found in the moderate level of disability.

Conclusion: The sample did not show a significant depression profile, but the frequency of those who had some depression level was high, what indicates the need of monitoring these patients on the aspects related to mood disorders, such as depression, facilitating the forwarding to diagnosis and treatment.

2.3 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma síndrome clínica caracterizada pelo rápido desenvolvimento de distúrbios focais da função neurológica, que dura mais de 24 horas ou conduz a morte, e resulta de uma restrição na irrigação sanguínea ao encéfalo, o que provoca lesão celular e danos ao tecido nervoso.^{1,2}

É uma enfermidade de alta incidência, sendo a doença que mais mata e incapacita no Brasil. Pode ter como sequelas alterações sensitivas, cognitivas e motoras, estando tais déficits relacionados com a localização, tamanho da área encefálica atingida e o tempo de espera para receber o socorro.^{3,4}

A disfunção físico-motora mais comum após o AVC é a hemiplegia, consistindo em um estado de paresia ou uma paralisia de um hemicorpo, que frequentemente leva a incapacidade funcional de seus afetados, dificultando a realização de atividades de vida diária, e assim contribuindo para uma redução da qualidade de vida e depressão.^{5,6,7,8}

Diversos estudos corroboram que, entre as complicações psiquiátricas, a mais prevalente e com pior prognóstico após o acidente vascular cerebral é a depressão. Esta tem sido associada com maior incapacitação dos pacientes, menor evolução no tratamento de reabilitação, menor aderência às orientações terapêuticas, redução na qualidade de vida, além de poder aumentar as taxas de mortalidade.^{9,10,11,12}

A depressão é uma síndrome psiquiátrica caracterizada por um transtorno de humor. É altamente prevalente na população em geral, já em populações clínicas, a incidência é ainda maior e leva a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica.¹³

A prevalência de depressão em sobreviventes de AVC varia na literatura de acordo com a metodologia utilizada nos estudos.¹⁴ Em um estudo brasileiro foi observado uma alta prevalência de humor deprimido em sobreviventes crônicos de AVC, afetando entre 19,2% a 29,7% da população estudada.¹⁵

Alguns fatores de risco associados à ocorrência da depressão pós-AVC (DPAVC) têm sido descritos na literatura, como o prejuízo funcional, a idade e o tempo decorrido do AVC, o sexo, a história de AVC prévio, e as características neuroanatômicas do AVC.^{11, 14}

Sabe-se que a DPAVC é uma ocorrência comum e traz impacto negativo nos resultados da reabilitação. Além disso, há evidências de que o tratamento correto deste transtorno pode melhorar a recuperação e diminuir a mortalidade.^{15, 16, 17} Portanto, avaliações que detectem a possível presença de depressão são importantes para pacientes nesta situação, pois se tornam um instrumento facilitador para o diagnóstico e tratamento, além de proporcionar um melhor entendimento do profissional da saúde quanto aos transtornos de humor associados a transtornos neurológicos, beneficiando a continuidade do tratamento de reeducação funcional.^{15, 16, 18}

Com base nas considerações anteriores, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil de depressão de hemiplégicos pós-AVC participantes do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

2.4 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional de corte transversal, com abordagem quantitativa, no serviço de fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM) - RS, com o grupo de hemiplégicos do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”.

O projeto foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, aprovado pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, CAAE - 00736012.1.0000.5346. O propósito do estudo foi explicado aos participantes do mesmo, e todos receberam e assinaram o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE).

A população foi composta pelos 40 sujeitos registrados no programa de extensão e a amostra foi constituída por todos os sujeitos hemiplégicos devido à sequela de AVC, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram comprometimento neurológico grave, déficit cognitivo grave ou comprometimento na linguagem compreensiva que prejudicasse o entendimento dos instrumentos da pesquisa.

Para coleta dos dados foram realizadas visitas ao grupo nos dias da terapia durante o mês de maio de 2012. Os encontros para o tratamento de reeducação funcional acontecem uma vez por semana.

Os instrumentos utilizados no estudo foram o Inventário de Depressão de Beck, o protocolo de avaliação fisioterapêutica e a Escala Modificada de Rankin para classificar o grau de dependência funcional.

O Inventário de Depressão de Beck / Beck Depression Inventory (BDI) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade da depressão, e validado por Gorestein & Andrade (1996). Ele é composto por uma escala de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.^{19,20}

Na dependência da pontuação total, os escores de até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos, de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada, de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave, e de 30 a 63 pontos, depressão grave.

A Escala Modificada de Rankin (EMR) é um instrumento que analisa a incapacidade global, particularmente a incapacidade física, de vítimas de AVC. A escala baseia-se essencialmente na capacidade do indivíduo em realizar as atividades de vida diária (AVDs) e a necessidade de assistência para realização das mesmas, com ênfase no comprometimento motor. A versão atual do instrumento foi validado internacionalmente para o uso com pacientes pós-AVC por Haan et al. em 1995. A versão em português foi adaptada em 2004 por Guimarães e Guimarães, apresentando concordância com sua versão original em inglês.^{21,22}

O protocolo de avaliação fisioterapêutica foi desenvolvido pelo programa de extensão e é utilizado para o registro de dados pessoais, a história da doença e das sequelas da doença. Através dele foi delineado o perfil clínico e sócio-demográfico dos sujeitos hemiplégicos do estudo.

Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS 19.0 (*Statistical Package for the Social Science*). As variáveis foram analisadas quanto sua normalidade através

do teste de Kolmogorov e Smirnov e do teste Shapiro-Wilk. Os dados quantitativos com distribuição normal foram apresentados em média e desvio padrão, e os com distribuição anormal, em mediana. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências. Para análise de correlação foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

2.5 RESULTADOS

Durante o mês de maio de 2012, foram realizadas 3 visitas ao grupo de hemiplégicos para a coleta de dados. A amostra foi constituída por um total de 13 sujeitos que se prontificaram a participar da pesquisa.

A idade média da amostra foi de 58,46 ($\pm 8,36$) anos. O tempo de participação no grupo teve uma mediana de 24 meses (mínimo 3 meses e máximo 72 meses), e a média de tempo decorrido do AVC foi de 81,38 $\pm 17,54$ meses (cerca de 6 anos).

A distribuição das frequências quanto aos aspectos sócio-demográficos da amostra são apresentados a seguir, na Tabela 1. Conforme o exposto nesta, observa-se que os participantes eram na maioria homens (84,5%), casados (61,5%), da cor branca (92,3%) e com idade entre 50 e 65 anos (61,5%). Quanto à escolaridade, a maioria tinha apenas o ensino fundamental (69,3%), sendo que 30,8% tinham o ensino fundamental completo e 38,5% o ensino fundamental incompleto.

Na Tabela 2, também exposta a seguir, é apresentada a distribuição das frequências quanto aos aspectos clínicos dos sujeitos avaliados, em que se verifica que a maioria havia tido o AVC há mais de 24 meses (69,3%), destes 23,1% tinham entre 24 e 60 meses decorridos do AVC e 46,2% mais de 60 meses. O hemisfério cerebral mais afetado foi o esquerdo (61,5%), o tipo de AVC mais frequente foi o isquêmico (69,2%) e a maioria não havia tido AVC prévio (61,5%).

Tabela 1 - Distribuição das frequências quanto aos aspectos sócio-demográficos da amostra.

Variável	Categoria	N	Frequência (%)
Idade	>50 anos	2	15,4
	50-65 anos	8	61,5
	< 65 anos	3	23,1
Sexo	Feminino	2	15,4
	Masculino	11	84,6
Estado Civil	Casados	8	61,5
	Solteiros	4	30,8
	Outro	1	7,7
Escolaridade	Sem estudo formal	-	-
	Ensino fundamental completo	4	30,8
	Ensino fundamental incompleto	5	38,5
	Ensino médio completo	3	23,1
	Ensino médio incompleto	1	7,7
	Ensino Superior	-	-
Etnia	Branco	12	92,3
	Negro	1	7,7
Total		13	100

Tabela 2 - Distribuição das frequências quanto aos aspectos clínicos da amostra.

Variável	Categoria	N	Frequência (%)
Tempo decorrido do AVC	< de 12 meses	1	7,7
	12-24 meses	3	23,1
	24-60 meses	3	23,1
	>60 meses	6	46,2
Hemisfério cerebral afetado	Esquerdo	8	61,5
	Direito	5	38,5
Tipo de AVC	Isquêmico	9	69,2
	Hemorragico	4	30,8
AVC prévio	Sim	5	38,5
	Não	8	61,5

A escala Modificada de Rankin apontou que 38,5% dos avaliados não tinham incapacidade significativa, ou seja, eram capazes de desempenhar todas as AVDs, e que 61,5% possuíam algum grau de incapacidade, destes, a frequência maior foi encontrada no nível de incapacidade moderada (30,8%), conforme demonstrado a seguir na Tabela 3.

Quanto aos escores referentes ao Inventário de Depressão de Beck, evidenciou-se que estes tiveram uma mediana de 9 pontos, sendo a pontuação mínima zero e a máxima 34 pontos. Dos sujeitos avaliados apenas um tinha diagnóstico médico de depressão. Este participante fazia uso de medicação antidepressiva e apresentou nível de depressão leve a moderado (escore de 13 pontos no BDI).

Tabela 3 - Níveis de incapacidade segundo a Escala Modificada de Rankin

Escala Modificada de Rankin		
	N	Frequência (%)
Sem incapacidade	5	38,5
Com incapacidade	8	61,5
<i>Incapacidade Leve</i>	1	7,7
<i>Incapacidade moderada</i>	4	30,8
<i>Incapacidade moderadamente severa</i>	3	23,1
<i>Incapacidade Severa</i>	-	-

Tabela 4 – Níveis de depressão segundo Inventário de Depressão de Beck

Níveis de depressão BDI	Score BDI	N	Frequência (%)
Ausência de depressão ou sintomas mínimos	< 10	7	53,8
Presença de níveis de depressão	≥ 10	6	46,2
<i>Depressão leve a moderada</i>	10 a 18	3	23,1
<i>Depressão moderada a grave</i>	19 a 29	-	-
<i>Depressão grave</i>	30 a 63	3	23,1

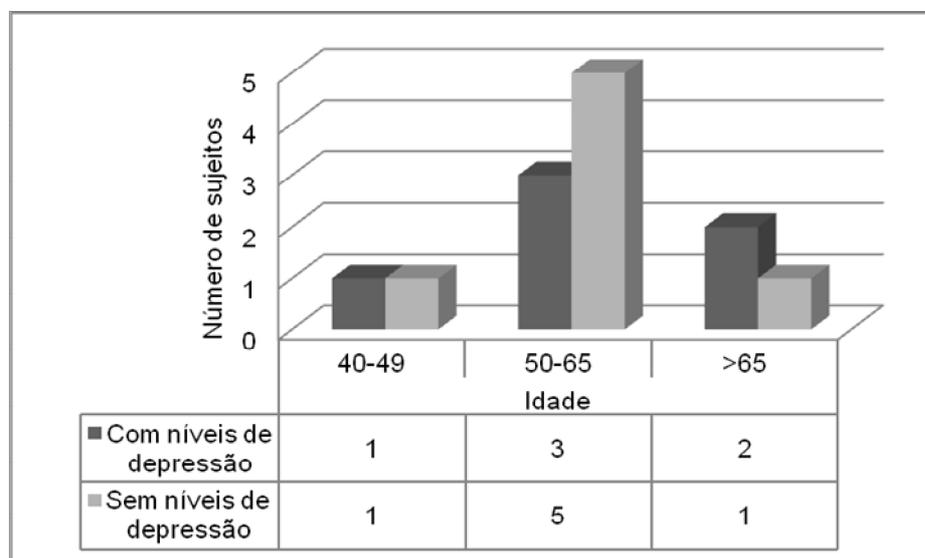
Os dados apresentados na Tabela 4, referentes aos níveis de depressão segundo o Inventário de Depressão de Beck, demonstraram que 53% dos participantes não apresentavam níveis de depressão (escores menores que 10 pontos) e 46,2% apresentavam algum nível (com escores maiores ou iguais a 10 pontos). Entre os sujeitos que apresentaram escores no BDI maiores que 10 pontos, 23,1% tinham níveis de depressão leve a moderada e 23,1% níveis graves de depressão.

Foi realizado o teste de correlação de Spearman para verificar a associação dos níveis de depressão com as variáveis idade, sexo, tempo decorrido do AVC, hemisfério cerebral afetado, AVC prévio, e o nível de incapacidade dado pela Escala Modificada de Rankin.

Não houve correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os níveis de depressão e as variáveis analisadas.

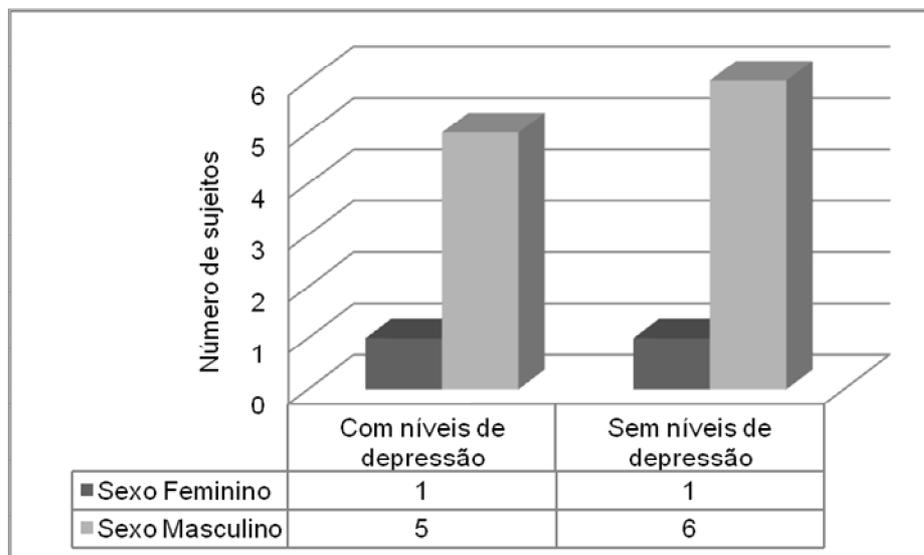
As frequências de sujeitos com e sem níveis de depressão nas variáveis correlacionadas são apresentados nas figuras a seguir (figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Figura 1 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* idade



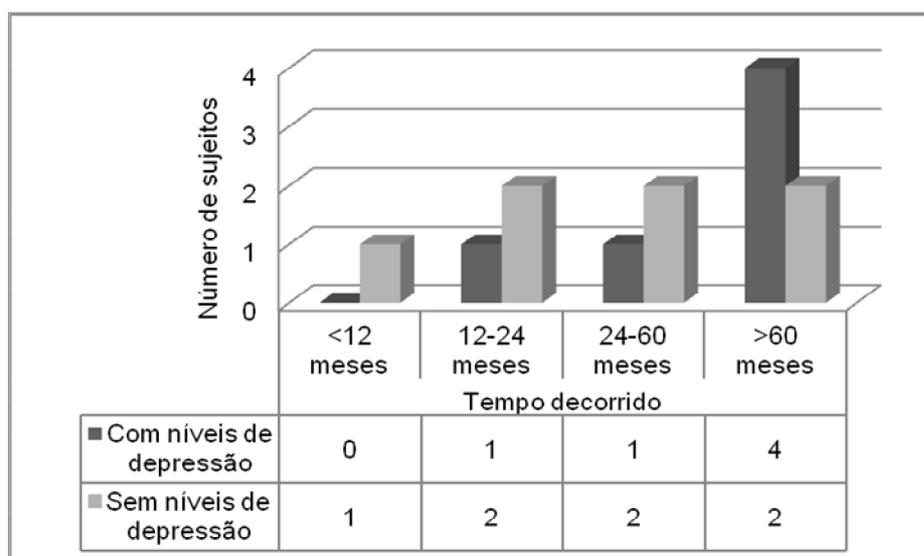
Observa-se na Figura 1 que entre os sujeitos com e sem níveis de depressão, a maioria tinha entre 50 e 65 anos (3 e 5 sujeitos respectivamente).

Gráfico 2 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* sexo



A Figura 2 evidencia que entre o sexo feminino participaram duas mulheres, uma apresentou níveis de depressão e outra não. Já no sexo masculino, apesar da pouca diferença, a maioria (6 sujeitos) não apresentou níveis depressivos.

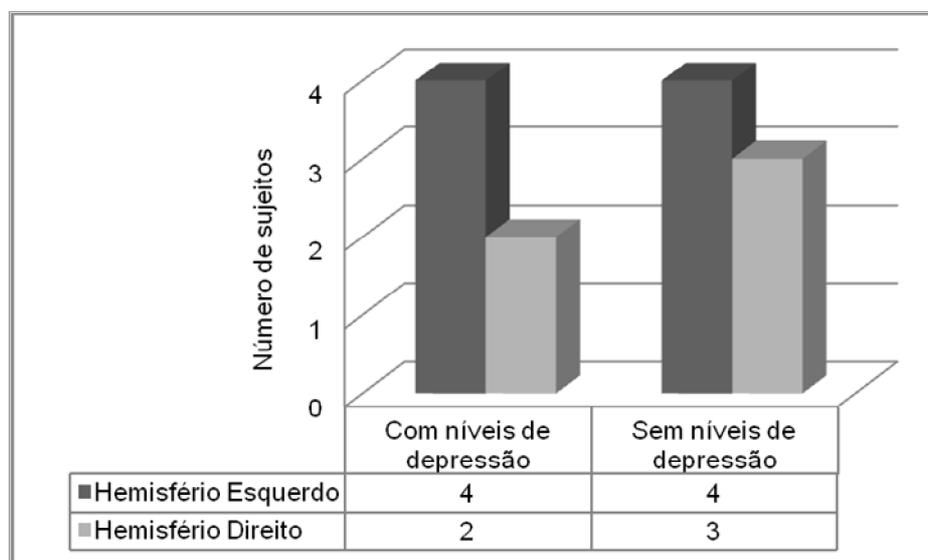
Figura 3 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* tempo decorrido do AVC



A figura 3 demonstra que entre os sujeitos com níveis depressivos, a maioria (4 sujeitos) tinha mais de 60 meses decorridos do AVC.

A seguir, na Figura 4, observa-se que o hemisfério cerebral mais afetado foi o esquerdo em ambos os sujeitos com e sem níveis de depressão (4 e 4 sujeitos respectivamente).

Figura 4 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* hemisfério cerebral afetado



As Figuras 5 e 6 são apresentadas a seguir. A Figura 5, mostra que não houve diferença entre aqueles que apresentavam níveis de depressão quando comparados à presença ou não de AVC prévio (ambos com 3 sujeitos). Porém, entre aqueles que não apresentaram níveis, a maioria não havia tido AVC prévio (6 sujeitos). Já através do exposto na Figura 6, observa-se que entre sujeitos com níveis de depressão, quando classificados em níveis de incapacidade dados pela Escala Modificada de Rankin, não houve diferença nas frequências entre os com e sem níveis de incapacidade (3 e 3 sujeitos respectivamente). Já entre os sujeitos sem níveis de depressão, a maioria (5 sujeitos) apresentava níveis de incapacidade.

Figura 5 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* história de AVC prévio

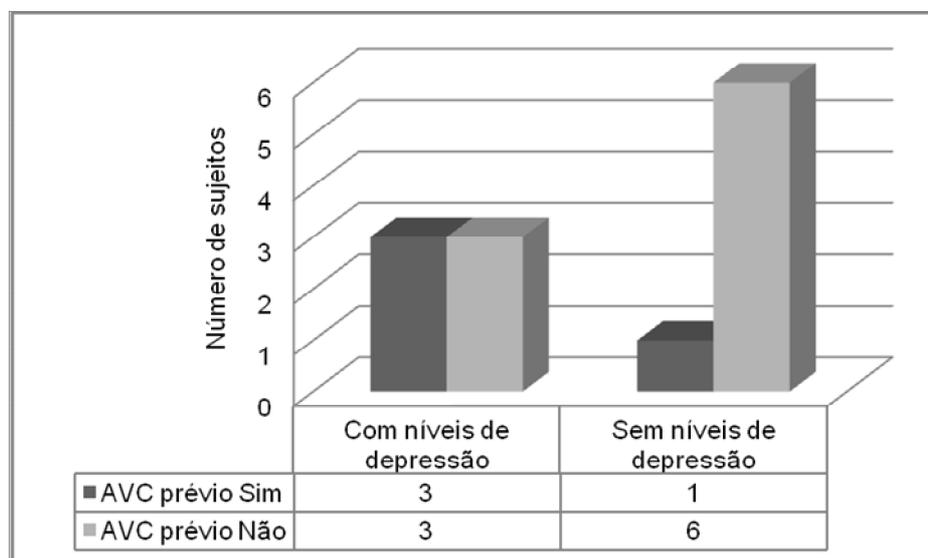
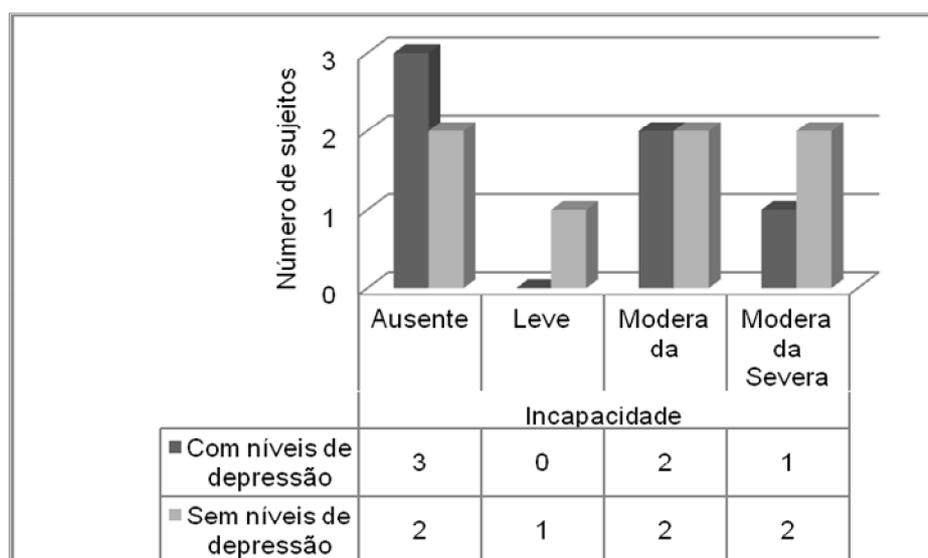


Figura 6 – Frequência de sujeitos – Níveis de depressão *versus* níveis de incapacidade



2.6 DISCUSSÃO

A amostra estudada apresentou elevada frequência de indivíduos com algum nível de depressão (46,2%). Outros estudos citam uma elevada frequência de depressão no pós-AVC, sendo sua prevalência estimada em cerca de 30% e variando de acordo com os critérios utilizados nos estudos, como por exemplo, o período pós-AVC no qual a avaliação foi realizada, o instrumento utilizado para detecção de depressão e a seleção da população estudada.^{14, 15, 23, 24} Embora a frequência de DPAVC varie de acordo com critérios metodológicos utilizados nos estudos, ela afeta entre um terço e metade dos pacientes em algum momento do período pós-AVC.^{25, 26, 27}

Na pesquisa de Kotila et al. em que foi utilizado BDI para avaliar cerca de 321 sujeitos com AVC, a prevalência de depressão no décimo segundo mês foi de 55%, considerando a ocorrência de depressão em escores maiores ou iguais a 10 pontos.²⁸ Berg et al acompanharam por 18 meses 100 pacientes que haviam tido o primeiro AVC, aplicando o BDI aos 2, 6, 12 e 18 meses após o AVC e observaram que 54% dos avaliados apresentaram escores no BDI maiores que 10 em pelo menos algum momentos das avaliações.²⁹

Vale ressaltar que os sujeitos que participaram do presente estudo tiveram uma média de $81,38 \pm 17,54$ meses (cerca de 6 anos) decorridos do AVC. Não foi encontrado na literatura estudos que utilizaram o BDI para detecção de indícios de depressão em pacientes com tal tempo decorrido desde o AVC.

A fisiopatologia da depressão na população em geral ainda não está bem definida. No entanto, a ocorrência de depressão em transtornos neurológicos que possuem algum acometimento do sistema nervoso central tem sido frequente e relacionada tanto com as alterações neurofisiológicas diretamente implicadas na gênese biológica da depressão, como pelas consequências adversas para as capacidades de adaptação psicossocial que as doenças infligem nestes indivíduos.^{13,14} A teoria que cita fatores neurofisiológicos repousa na hipótese de que vias noradrenérgicas e serotoninérgicas poderiam sofrer danos afetando circuitos neurais relacionados à regulação do humor. Esses sistemas originam-se no tronco cerebral e projetam-se anteriormente em direção ao córtex frontal, através do hipotálamo e dos núcleos da base.³⁰

A partir das constatações anteriores, alguns fatores de risco associados à ocorrência da depressão pós-AVC têm sido descritos na literatura, como o prejuízo funcional, a idade, o sexo, AVC prévio e características neuroanatômicas do AVC.¹⁴

Nesta pesquisa a maioria dos sujeitos apresentou algum grau de prejuízo funcional, demonstrado através dos níveis de incapacidade dados pela EMR. Porém, quando observado entre os indivíduos com níveis de depressão, não houve diferença nas frequências entre sujeitos com e sem incapacidades, o que vai de encontro com a literatura.

A amostra estudada encontrava-se em um período tardio pós-AVC, com uma frequência maior de indivíduos entre 50 e 65 anos, com média de 58,46 ($\pm 8,36$) anos. Segundo a literatura, a idade tem mostrado uma associação diferente com a depressão dependendo do período pós-AVC. Os pacientes mais jovens mostraram uma maior propensão para desenvolver depressão de forma mais grave durante o período agudo pós-AVC. Por outro lado, no período tardio pós-AVC, nos pacientes internados em centros de reabilitação, a idade mais avançada mostrou ser um fator preditor.^{31, 32}

Quanto ao sexo, alguns estudos mostraram que a ocorrência de DPAVC difere entre homens e mulheres, sendo as mulheres mais acometidas que homens, numa proporção de 2 para 1.^{14, 32} Observou-se uma baixa adesão do sexo feminino entre os participantes da pesquisa (apenas 2 mulheres de um total de 15). Assim, em nosso estudo, pouco se pode concluir sobre a relação sexo feminino e DPAVC.

Algumas características clínicas como o AVC prévio e hemisfério cerebral afetado também tem sido associados à maior ocorrência de DPAVC. Quanto ao hemisfério existe uma maior associação quando o AVC ocorre no hemisfério esquerdo.^{14, 30, 33, 34} Houve uma maior frequência de indivíduos afetados no hemisfério esquerdo entre a amostra total do estudo e entre aqueles que apresentaram níveis de depressão, concordando com o citado pela literatura. Não houve diferença nas frequências entre os que tinham AVC prévio e os que não tinham dentre aqueles com níveis de depressão, porém entre os sem níveis de depressão a maioria não havia tido AVC prévio.

Apesar dessas considerações, não foram encontradas no estudo associações estatisticamente significativas entre os níveis de depressão e os fatores de risco citados, sugerindo que o número amostral pequeno, e variáveis qualitativas e com distribuição anormal possam ter influenciado neste resultado. No presente estudo foram avaliados 13 sujeitos de um total de 40. O tamanho da amostra esteve relacionado com a frequência

irregular dos sujeitos na terapia em grupo nos dias em que foram coletados os dados, o que interferiu no número de instrumentos distribuídos e também recebidos.

2.7 CONCLUSÃO

A amostra estudada não apresentou perfil de depressão expressivo. Porém a frequência daqueles que apresentavam algum nível de depressão foi elevada, o que aponta para necessidade de um acompanhamento desses pacientes quanto aos aspectos relacionados aos transtornos de humor, como a depressão, sendo necessário que os profissionais da saúde saibam identificar tais fatores para que se possa facilitar o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento.

Para estudos futuros sugere-se uma ampliação da amostra e a inclusão de um grupo controle no intuito de se obter melhores resultados estatísticos. São necessários mais estudos relacionados ao tema abrangendo a terapia em grupo, inexistente na literatura pesquisada.

2.8 REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. **Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral (PACTOAVC)**. 2ª ed. 2009.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra, 2006.
3. MANSUR AP, SOUZA MFM, FAVARATO D, AVAKIAN SD, CÉSAR LAM, ALDRIGUI JM. **Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996**. *Neuroepidemiology*. 2003; 22:179-83.
4. RADANOVIC M. **Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2005, 58(1), 99-106.

5. COSTA, RJD. **Factores Predictores do Estado de Saúde em Indivíduos Vítimas de AVC.** Tese de doutorado. Coimbra / Portugal. Universidade de Aveiro 2009.
6. GOMES-NETO M. **Aplicação da escala de qualidade de vida específica para AVE (EQVE-AVE) em hemiplegicos agudos: propriedades psicometricas e sua correlação com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Dissertação de mestrado. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
7. SHEPHERD, R. **Stroke.** Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance. 3ª. ed. Oxford: Butterworth Heinemann. 2000, p.242-78.
8. CAROD-ARTAL J, EGIDO JA, GONZALEZ JL, SEIJAS V. **Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit.** Stroke. 2000; 31 (12).
9. POHJASVAARA T, LEPPÄVUORI, SIIRA I, VATAJA R, KASTE M, ERKINJUNTTI T. **Frequency and Clinical Determinants of Poststroke Depression.** Stroke. 1998;29:2311-2317.
10. HACKEYTT M, YAPA C, PARAG V, CRAIG S. **Frequency of Depression After Stroke : A Systematic Review of Observational Studies.** Stroke. 2005;36:1330-1340
11. CAROTA A, BERNEY A, AYBEK S, IARIA G, STAUB F, GHIKA-SCHMID F, ANNABLE L, GUEX P, BOGOUSSLAVSKY J. **A prospective study of predictors of poststroke depression.** NEUROLOGY. 2005; 64:428-433.
12. BERG A, PALOMÄKI H, LEHTIHALMES M, LÖNNQVIST J, KASTE M. **Poststroke Depression.** Stroke. 2003; 34:138-143.
13. TENG, CT, HUMES EC, DEMETRIO FN. **Depression and medical comorbidity** Rev. Psiq. Clín. 2005; 32 (3); 149-159.

14. TERRONI LMN, LEITE CC, TINONE G, FRÁGUAS JRR. **Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva.** Rev Assoc Méd Bras 2003; 49: 450-9
15. CAROD-ARTAL FJ, CORAL LF, TRIZOTTO DS, MOREIRA CM. **Poststroke Depression: Prevalence and Determinants in Brazilian Stroke Patients.** Cerebrovasc Dis 158 is 2009;28:157–165.
16. ROBINSON RG. **Poststroke Depression: Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Disease Progression.** Biol Psychiatry. 2003; 54:376-87.
17. HOUSE A, DENNIS M, WARLOW C, HAWTON K, MOLYNEUX A. **Mood disorders in the year after first stroke.** J Psychiatry 1991, 158: 83-92.
18. WILLIAMS LS, KROENKE K, BAKAS T, PLUE LD, BRIZENDINE E, TU W, HENDRIE H. **Care Management of Poststroke Depression : A Randomized, Controlled Trial.** Stroke. 2007; 38:998-1003.
19. BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. & ERBAUGH, G. **An Inventory for Measuring Depression.** Archives of General Psychiatry. 1961; 4:53-63.
20. GORESTEIN, C.; POMPÉIA, S.; ANDRADE, L. **Validation of a portuguese Version of The Beck Depression Inventory and the The State – Trait Anxiety Inventories.** Psychological Reports. 1996; 77: 635-641.
21. GUIMARÃES RB, GUIMARÃES RB. **Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida.** Rev Bras Neurol. 2004 jul/set;40 (3).
22. HAAN R, LIMBURG M, BOSSUYT P, MEULEN JVD, AARONSON N. **The clinical meaning of Rankin ‘Handicap’ grades after stroke.** Stroke. 1995;26:2027-30.

23. SAMUELS J, ANDRZEJEWSKI P, PRICE T. **Association of depressive with 10 year post stroke mortality.** J psychiatry 1993; 150 (1): 124-9
24. HACKETT ML, ANDERSON CS, HOUSE A, XIA J. **Interventions for treating depression after stroke.** Cochrane Database Syst Rev. 2008.
25. MOORIS PL, ROBINSON RG, RAPHAEL B. **Prevalence and Course of Depressive Disorders in Hospitalized Stroke Patients.** J Psychiatry 1990 20: 349-64
26. VAN DE PORT IG, KWAKKEL G, BRUIN M, LINDEMAN E. **Determinants of depression in chronic stroke: a prospective cohort study.** Disabil Rehabil 2007; 29: 353–358.
27. TURNER-STOKES L, HASSAN N. **Depression After Stroke: A Review of the Evidence Base to Inform the Development of an Integrated Care Pathway. Diagnosis, Frequency and Impact.** Clin Rehabil 2002; 16: 231–247.
28. KOTILA M, NUMMINEN H, WALTIMO O, KASTE M. **Depression after stroke. Results of the FINNSTROKE Study.** Stroke . 1998; 29: 368-372.
29. BERG A, PALOMÄKI H, LEHTIHALMES M, LÖNNQVIST J, KASTE M. **Poststroke Depression : An 18-Month Follow-Up.** Stroke. 2003;34:138-143.
30. ROCHA E SILVA CE, ANDRÉ C, TOCQUER CF, BRASIL MAA. **Aspectos Etiopatogênicos da Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral: Uma Revisão de Literatura.** J bras Psiquiatria. 2003; 52(6): 402-412.
31. ROBINSON RG, STARR LB, KUBOS KL, PRICE TR. **A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial evaluation.** Stroke 1983; 14:736-41.
32. MORRIS PLP, ROBINSON RG, RAPHAEL B, SAMUELS J, MOLLOY P. **The relationship between risk factors for affective disorder and poststroke depression in hospitalized stroke patients.** Aust N Z J Psychiatry 1992; 26:208-17.

33. TERRONI LMN. **Associação entre o episódio depressivo maior após acidente vascular cerebral isquêmico e comprometimento de circuitos neuronais pela lesão: um estudo prospectivo de 4 meses.** [Tese]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo; 2006.
34. VATAJA, R., A. LEPPAVUORI, et al. **Poststroke depression and lesion location revisited.** J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004; 16(2): 156-62.
35. FONTES SV. **Tratamento fisioterápico em grupo para pacientes hemiplégicos ou hemiparéticos por AVC isquêmico no território da artéria cerebral média.** [Dissertação]. São Paulo (SP). Universidade Federal de São Paulo. 1996.
36. CARVALHO AC, VANDERLEI LCM, BOFI TC, PEREIRA JDAS, NAWA VA. **Project Hemiplegia – A model of group physical therapy of chronic hemiplegic patients.** Arq Ciênc Saúde. 2007; 14(3):161-8.
37. OSTIR GV, MARKIDES KS, PEEK MK, GOODWIN JS. **The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults.** Psychosom Med. 2001; 63 (2):210-5.

3. CONCLUSÃO

A pesquisa com os hemiplégicos participantes do programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo” possibilitou analisar os níveis de depressão, os aspectos funcionais, através de níveis de incapacidade, e as características clínicas e sociodemográficas, além da possível relação entre esses fatores com os níveis depressivos.

Devido à representação amostral da população estudada, não se pode fazer correlações com significância estatística. A representatividade amostral esteve relacionada com a frequência irregular dos sujeitos na terapia em grupo nos dias em que foram coletados os dados, o que interferiu no número de instrumentos distribuídos e também recebidos.

Uma limitação do estudo foi o pouco tempo de coleta, que se deu somente no mês de maio de 2012, sendo, dentre os dias de terapia que acontecem todas as sextas uma vez por semana, houve um feriado em que não foi realizado o encontro.

Não foi encontrado na literatura pesquisada estudos sobre o tema com grupos de tratamento que se assemelhassem ao grupo “Hemiplegia do HUSM”, para que se pudesse fazer uma discussão mais conclusiva.

O estudo permitiu que se fizesse uma reflexão sobre a participação e influência dos aspectos depressivos na enfermidade neurológica AVC em hemiplégicos realizando reabilitação em grupo.

Tais indivíduos deverão ser encaminhados para especialista que possa diagnosticá-los e tratá-los e assim, poderemos possibilitar benefícios nos aspectos da reabilitação.

Para estudos futuros sugere-se que sejam mudadas as estratégias para captação dos dados, além de aumentar o tempo de coleta, para que se possa aumentar o tamanho amostral, e se possível avaliar um grupo controle.

4. REFERÊNCIAS

- BERG, A.; PALOMÄKI, H.; LEHTIHALMES, M.; LÖNNQVIST, J.; KASTE M. **Poststroke Depression**. Stroke. American Heart Association 2003; 34:138-143.
- CAROTA, A.; BERNEY, A.; AYBEK, S.; IARIA, G.; STAUB, F.; GHIKA-SCHMID, F.; ANNABLE, L.; GUEX, P.; BOGOUSSLAVSKY, J. **A prospective study of predictors of poststroke depression**. NEUROLOGY. 2005; 64:428-433.
- COSTA, R. J. D. **Fatores Preditores do Estado de Saúde em Indivíduos Vítimas de AVC**. Tese de doutorado. Coimbra / Portugal. Universidade de Aveiro 2009.
- GAGLIARDI, R. J.; RAFFIN, C. N.; CABETTE, S. R. F. **Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2001,59 (4), 972-980.
- GOMES-NETO M. **Aplicação da escala de qualidade de vida específica para AVE (EQVE-AVE) em hemiplegicos agudos: propriedades psicometricas e sua correlação com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- HACKEYTT, M.; YAPA, C.; PARAG, V.; CRAIG, S. **Frequency of Depression After Stroke : A Systematic Review of Observational Studies**. Stroke. 2005;36:1330-1340
- KATON, W. J. **Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness**. Biol Psychiatry. 2003; 54:216-26
- LEWIS, S. R. **Patogênese. Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais**. Tratado de Neurologia.10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002, p.184-95.
- MANSUR, A. P.; SOUZA, M. F. M.; FAVARATO, D.; AVAKIAN, S. D.; CÉSAR, L. A. M.; ALDRIGUI, J. M. **Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to1996**. Neuroepidemiology. 2003; 22:179-83.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra, 2006.
- PATEL, M, D.; TILLING, K.; LAWRENCE, E.; RUDD, A. G.; WOLFE, C. D. A.; MCKEVITT, C. D. **Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life**. Age and Ageing. 2006; 35 (9).
- RADANOVIC, M. **Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário**. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2005, 58(1), 99-106.

REIS, L. A.; VELOSO, F.; AZOUBEL, R.; XAVIER, T. T.; ARGOLO, S. M. **Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de acidente vascular encefálico no município de Jequié – BA.** Rev Saúde 2007; 3(1):5563.

ROBINSON, R.G. **Poststroke Depression: Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Disease Progression.** Biol Psychiatry. 2003; 54:376-87.

SILVA, L. R. V. **Efeitos de um Programa de Imaginação no Controle Postural de Indivíduos Pós Acidente Vascular Cerebral (AVC).** Dissertação de mestrado. Paraná (PR). Universidade Federal do Paraná. 2011.

SHEPHERD, R. B.; CARR, J. H. **The changing face of Neurological rehabilitation.** Revista Brasileira de Fisioterapia. 2006, 10 (2):147-156.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. **Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral (PACTOAVC).** 2ª ed. 2009.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; FARIA, C. D. C. M.; GUIMARÃES, C. Q. GOULART, F.; PARREIRA, V. F.; INÁCIO, E. P. E ALCÂNTARA, T. O. **TREINAMENTO FÍSICO E DESTREINAMENTO EM HEMIPLÉGICOS CRÔNICOS: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.** Rev. bras. fisioter. 2005; 9 (3): 347-353.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. **Depression and medical comorbidity** Rev. Psiqu. Clín. 2005; 32 (3); 149-159.

TERRONI, L. M. N. **Associação entre o episódio depressivo maior após acidente vascular cerebral isquêmico e comprometimento de circuitos neuronais pela lesão: um estudo prospectivo de 4 meses.** Tese de doutorado. São Paulo (SP). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Projeto: ***PERFIL DEPRESSIVO DE HEMIPLÉGICOS
PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM GRUPO***

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) resulta da falta de irrigação de sangue para o cérebro (derrame ou isquemia), causando lesões nas células cerebrais. Tal doença pode gerar diversas sequelas como problemas sensoriais (na sensibilidade) e motores (nos movimentos). Esses problemas podem limitar a capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia, o que pode contribuir para uma baixa auto-estima, qualidade de vida ruim e depressão.

Este termo tem por objetivo convidá-lo (a) a participar da pesquisa que a acadêmica do curso de Pós - Graduação em Reabilitação Físico-Motora da UFSM, Bibiana Reis Cavalheiro, juntamente com a professora do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da UFSM, Dr. Ana Lúcia Cervi Prado, pretendem desenvolver com hemiplégicos participantes do Grupo de Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo, desenvolvido no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

A pesquisa terá por objetivo traçar o perfil depressivo do grupo de hemiplégicos e verificar a relação entre os níveis de depressão com a capacidade funcional (capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia) do grupo.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a depressão ser a complicação psiquiátrica mais comum nos pacientes com acidente vascular cerebral (derrame ou isquemia). Ela tem sido associada com maior dificuldade de realizar tarefas do dia-a-dia, menor evolução no tratamento de reabilitação, o que pode prejudicar a evolução do tratamento de fisioterapia, reduzindo os possíveis ganhos.

Neste trabalho, será feita uma avaliação dos níveis de depressão, através do Inventário de Depressão de Beck, que é um questionário composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.

Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, etc.

Este questionário avalia apenas o grau de depressão, não faz o diagnóstico da doença, servindo apenas para decidir se é hora de procurar a ajuda de um especialista.

Os resultados do questionário serão relacionados com a avaliação da capacidade funcional registrada pelo programa de extensão. Além disso, serão utilizados no estudo os dados coletados pelo protocolo de avaliação fisioterapêutica, também registrado pelo programa de extensão Hemiplegia no HUSM.

Quem quiser participar da pesquisa poderá desistir da participação a qualquer momento, mesmo após ter começado, sem que isso lhe traga prejuízos.

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, o que poderá acontecer é o participante, ao responder alguma questão da avaliação, sentir-se constrangido ou lembrar-se de sentimentos e situações ruins.

Os benefícios esperados pela pesquisa são detectar a presença de níveis de depressão, o que poderá proporcionar o encaminhamento do participante a profissionais que possam melhor tratar esse problema, trazendo benefícios para a continuidade do tratamento de fisioterapia.

Não haverá despesas para a participação no estudo nem compensações financeiras.

Os dados fornecidos pelos participantes poderão ser divulgados em publicações e apresentações, porém a identidade de cada um será mantida em sigilo.

Os pesquisadores ficarão a disposição para explicar qualquer dúvida e esclarecer qualquer um dos procedimentos que serão realizados.

Ao assinar este documento, permanece a possibilidade da retirada do consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Sabendo destas condições e após a leitura deste documento, eu -----
-----,
estou de acordo com a realização do estudo, autorizando a minha participação, bem como a publicação e/ou apresentação dos dados coletados neste projeto.

SANTA MARIA ___/___/___

Assinatura: _____

Nº RG ou documento equivalente: _____

Telefones para contato: Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia CerviPradi – 55 99778509

Acad. Bibiana Reis Cavalheiro - 55 9129 5429

Elaborado com base na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº 201, 16/96.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi, CEP 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone (55) 3220 9362

E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade

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

Projeto: ***PERFIL DEPRESSIVO DE HEMIPLÉGICOS
PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM GRUPO***

Pesquisadora responsável: Professora Dr^a Ana Lúcia Cervi

Acadêmica pesquisadora: Bibiana Reis Cavalheiro

Local da coleta de dados: Ambulatório da Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar privacidade dos participantes do estudo. Os dados que serão coletados através do Inventário de Depressão de Beck, do protocolo de avaliação fisioterapêutica registrada pelo programa de extensão Hemiplegia no HUSM e do teste breve de capacidade funcional para sequela de hemiplegia, também registrado pelo programa de extensão.

Os dados fornecidos pelos participantes poderão ser divulgados em publicações e apresentações, porém a identidade de cada participante será mantida em sigilo.

Assim, as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/.../....., com o número do CAAE.....

Santa Maria,.....de.....de 2010.

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

ANEXOS

ANEXO A - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado às vezes.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

6.

0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7.

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8.

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.

0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

- 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

14.

- 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio.

15.

- 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

- 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.

- 0 Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.

- 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20.

- 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.

- 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Adaptado e validado por Goreinstein & Andrade (1998).

ANEXO B – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**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 pregresso de doenças? _____

17) Antecedentes Familiares: _____

18) () Etilismo () Tabagismo () Sedentarismo () Hipertensão

19) Atividade Física: () Antes do AVC () Após o AVC () Nunca

Dados do acidente:

- 20) Período do AVC: () manhã () tarde () noite
- 21) Ambiente do AVC: () domicílio () trabalho () externo
- 22) Tempo que demorou para ser socorrido: _____
- 23) Histórico de quedas: () sim () Não
- 24) Tempo de permanência em internação? _____
- 25) Primeiro AVC: () sim () não Qual? _____
- 26) Sinais pré AVC: () confuso () cefaléia () vertigem () Perda de consciência
() perda visual () Paralisia () formigamento
- () Outros: _____
- 27) Medicação atual (pós AVC): _____
- 28) Apresentação do paciente: () cadeira de rodas () deambulando () auxílio
- 29) Início de atendimento fisioterapêutico: () imediato () tardio
- Quando? _____
- 30) Terapias realizadas:
- _____

Padrão Cognitivo – perceptual:

- 31) Fala: () Normal () Arrastada () Murmurada () Não fala
- 32) Capacidade de ler: () Sim () Não
- 33) Capacidade de compreensão: () Sim () Não () Prejudicada
- 34) Capacidade de expressão: () Sim () Não () Prejudicada
- 35) Audição: () Normal () Prejudicada () Surdez
- 36) Visão: () Normal () Prejudicada
- 37) Atividade de vida diária: () Independente () Semindependente () Dependente

Desenvolvido pelo programa de extensão “Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo”

ANEXO C – Escala Modificada de Rankin

Grau 0	Sem sintomas
Grau 1	Nenhuma incapacidade significativa, com capacidade para desempenhar todas as AVDs
Grau 2	Incapacidade leve, incapaz de realizar algumas atividades prévias de AVDs, mas com capacidade de cuidar de suas próprias atividades sem assistência
Grau 3	Incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda mas com capacidade de caminhar sem assistência
Grau 4	Incapacidade moderadamente severa, incapacidade de caminhar e para atender a própria necessidade do corpo sem assistência
Grau 5	Incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo cuidados e atenção de enfermagem constante
Grau 6	Óbito

Adaptada e validada por Guimarães & Guimarães.

ANEXO C – REGISTRO SISTEMA SIE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM

1.2.1.20.1.13 Projeto - Informações resumidas

Data: 28/12/2011
Hora: 11:18

Título: PERFIL DEPRESSIVO DE HEMIPLÉGICOS PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM GRUPO

Número do Projeto: 030937
Situação: Em trâmite para registro
Palavras-chave: hemiplegia, depressão, grupo
Resumo: O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil depressivo do grupo de hemiplégicos do programa de extensão Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, através da avaliação dos níveis de depressão dos sujeitos participantes, verificando a relação entre esses níveis e a capacidade funcional dos sujeitos. Para tal será realizado um estudo observacional de corte transversal, com abordagem quantitativa.
 Esta pesquisa justifica-se pelo fato de depressão ser a complicação psiquiátrica mais prevalente nos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). Esta tem sido associada com maior incapacidade funcional do paciente, menor evolução no tratamento de reabilitação, menor aderência às orientações terapêuticas, além de aumentar as taxas de morbidade e mortalidade, o que pode trazer prejuízos para evolução do tratamento fisioterapêutico, reduzindo os possíveis ganhos de funcionalidade.

Classificação Principal: Pesquisa
Data Inicial: 05/03/2012 **Data Final:** 31/07/2012
Tipo de Evento: Não se aplica

Participantes	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horário (semanal)	Data Inicial	Data Final
201170074 BIBIANA RES CAVALHEIRO	Aluno de Pós-graduação	Participante		5 horas	05/03/2012	31/07/2012
379288 ANA LUCIA CERVI PRADO	Docente	Orientador		2 horas	05/03/2012	31/07/2012
Unidades vinculadas ao projeto						
Unidade	Função	Data Inicial	Data Final			
04.37.00 - DEPTO. FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO - FSR	Responsável	05/03/2012	31/07/2012			
10.00.00 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM	Participante	05/03/2012	31/07/2012			

Página: 1

ANEXO D – REGISTRO E APROVAÇÃO DA DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (DEPE - HUSM)

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	 HUSM <small>Hospital Universitário de Santa Maria</small>
PROTOCOLO DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETO: PESQUISA.		
Nº Inscrição DEPE: <u>150/2011</u> Data: <u>28/12/2011</u>		
Pesquisador: <u>ANA LUCIA CERRI PRADO</u> Função: <u>Profa Adjunta</u>		
CPF: <u>342.202.240-68</u> / IAPE: <u>379288</u> Telefone: <u>32208178</u>		
Unidade/Curso: <u>Depto de Fisioterapia</u> E-mail: <u>a.lucia@terra.com.br</u>		
Título: <u>PERFIL DEPRESSIVO DE HEMIPLÉGICOS PARTICIPANTES DE UM PROJETO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM GRUPO</u>		
FINALIDADE ACADÊMICA		
TCC () Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Dissertação () Tese () Institucional () Outro ()		
TIPO DE PESQUISA		
Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica <input checked="" type="checkbox"/> Básica () Políticas Públicas de Saúde ()		
Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.		
		<u>Ana Lucia Cerri Prado</u> Pesquisador Responsável pelo Projeto (Carimbo ou Sape)
Avaliação e Aprovação Setorial		
Atenção Chefia: favor ler e avaliar as condições de realização de Projeto nesse Setor		
SETORES ENVOLVIDOS	PARECER (Favorável)	ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS
<u>Ambulatório de</u>		
<u>Fisioterapia - HUSM</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<u>x Ana Lucia Cerri Prado</u>
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto.		
O registro na DEPE não contempla alocação de recursos e exames, via HUSM. Caso haja custos Para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.		
Parecer - DEPE <u>APR CEP</u>		
Data: <u>10/10/12</u>		
<u>Profª Beatriz Silvana S. Porto</u> DIRETORA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO CRM 18.268 - HUSM		

ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSM

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Perfil depressivo de hemiplégicos participantes de um projeto de atendimento fisioterapêutico em grupo

Pesquisador: Ana Lucia Cervi Prado

Versão: 1

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

CAAE: 00736012.1.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 14165

Data da Relatoria: 10/04/2012

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil depressivo do grupo de hemiplégicos do programa de extensão Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, através da avaliação dos níveis de depressão dos sujeitos participantes, verificando a relação entre esses níveis e a capacidade funcional dos sujeitos. Para tal será realizado um estudo observacional de corte transversal, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa justifica-se pelo fato de depressão ser a complicação psiquiátrica mais prevalente nos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). Esta tem sido associada com maior incapacidade funcional do paciente, menor evolução no tratamento de reabilitação, menor aderência às orientações terapêuticas, além de aumentar as taxas de morbidade e mortalidade, o que pode trazer prejuízos para a evolução do tratamento fisioterapêutico, reduzindo os possíveis ganhos de funcionalidade.

Hipótese:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil depressivo do grupo de hemiplégicos do programa de extensão Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

Objetivo Secundário:

Verificar os níveis de depressão do grupo de hemiplégicos do programa de extensão Hemiplegia no HUSM: uma proposta de terapia em grupo, desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.
 ç Verificar a relação entre os níveis de depressão com a capacidade funcional dos sujeitos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante com possível contribuição importante para os participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados.

Recomendações:

O título nos parece induzir a um tipo de pensamento que leva a pensar que todos os pacientes hemiplégicos seriam depressivos ou apresentariam alguns sintomas da doença. Será sempre assim? Sugere-se (!), caso os pesquisadores pensem pertinente, em um título do tipo: "Perfil psicológico ou emocional de...." ou Prevalência de sintomas depressivos em...."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A título apenas de sugestão, sugere-se pensar sobre o que foi exposto acima.
 Tal fato não se constitui em pendência do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Abril de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares

ANEXO F – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA



ISSN 1413-3555 *versão impressa*
ISSN 1809-9246 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivos, escopo e política
- Processo de revisão de manuscritos
- Instruções aos autores

Objetivos, escopo e política

A **Revista Brasileira de Fisioterapia/Brazilian Journal of Physical Therapy (RBF/BJPT)** publica relatos originais de pesquisa concernentes ao objeto principal de estudo da Fisioterapia e Ciências da Reabilitação, e ao seu campo de atuação profissional, veiculando estudos básicos sobre a motricidade humana e investigações clínicas sobre a prevenção, o tratamento e a reabilitação das disfunções do movimento. A **RBF/BJPT** publica artigos nas seguintes áreas de conhecimento, que estão assim divididas: Ensino, Ética, Deontologia e História da Fisioterapia; Fisiologia, Cinesiologia e Biomecânica; Cinesioterapia/Recursos Terapêuticos; Controle Motor, Comportamento e Motricidade; Fisioterapia nas Condições Cardiovasculares e Respiratórias; Fisioterapia em Gerontologia; Fisioterapia nas Condições Musculoesqueléticas; Fisioterapia nas Condições Neurológicas; Fisioterapia na Saúde da Mulher; Avaliação e mensuração em Fisioterapia; Prevenção em Fisioterapia/Ergonomia. Os artigos submetidos à **RBF/BJPT** devem preferencialmente enquadrar-se na categoria de Artigos Originais (novas informações com materiais e métodos e resultados sistematicamente relatados). Artigos de Revisão (síntese atualizada de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica da literatura consultada e conclusões) são publicados apenas a convite dos editores. Artigos de Revisão Passiva submetidos espontaneamente não serão aceitos;

Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises, Artigos Metodológicos apresentando aspectos metodológicos de pesquisa ou de ensino e Estudos de Caso são publicados num percentual de até 20% do total de manuscritos.

A **RBF/BJPT** publica ainda: Seção Editorial; Cartas ao Editor; Resenhas de Livros (por solicitação dos editores); Resumos de Eventos como Suplemento após submissão e aprovação de proposta ao Conselho Editorial. A submissão de proposta para publicação de Suplemento será anual e realizada por edital, atendendo às "Normas para publicação de suplementos" que podem ser obtidas no site <http://www.rbf-bjpt.org.br>.

Os manuscritos publicados são de propriedade da **RBF/BJPT**, e é vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, bem como a tradução para outro idioma sem a autorização dos Editores.

A **RBF/BJPT** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.wame.org/resources/policies#trialreg> e http://www.icmje.org/publishing_10register.html), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de ensaios clínicos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/faq.html>.

A **RBF/BJPT** suporta o Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement. O CONSORT statement fornece recomendações para autores sobre como preparar relatos de resultados de estudos. Dessa forma, a análise de estudos clínicos levará em consideração essas recomendações. A versão atualizada das recomendações do CONSORT está disponível em <http://www.consortstatement.org/consort-statement>.

Processo de revisão de manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas nas "**Instruções aos Autores**" e que se apresentarem em conformidade com política editorial da RBF/BJPT serão encaminhados para os Editores de Área que julgarão a aceitabilidade dos mesmos, quanto à sua originalidade, pertinência e relevância clínica e metodologia.

Durante esse processo, os Editores de Área não terão conhecimento da identidade dos autores.

Os manuscritos que não apresentarem mérito na fase de pré-análise serão rejeitados, mesmo quando o texto e a qualidade metodológica estiverem adequados. Dessa forma, o manuscrito poderá ser rejeitado com base apenas no parecer do Editor de Área, sem necessidade de novas avaliações.

Os manuscritos selecionados na pré-análise serão submetidos à avaliação de especialistas, os quais trabalharão de maneira independente. Os pareceristas permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos pareceristas. Os editores coordenarão as informações entre os autores e os pareceristas, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos pareceristas.

Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos serão acompanhados de justificativa do editor.

Instruções aos autores

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada por via eletrônica, no site <http://www.scielo.br/rbfis> e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico.

Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito.

Os artigos submetidos e aceitos em português serão traduzidos para o inglês por tradutores da RBF/BJPT. Os artigos submetidos e aceitos em inglês também serão encaminhados aos revisores de inglês da RBF/BJPT para revisão final.

Para os artigos submetidos a partir de 5 de julho de 2010, a RBF/BJPT cobrará na submissão do artigo uma taxa de processamento (para todos os artigos que forem analisados) e taxa de tradução/publicação (para todos os artigos aceitos para publicação), do autor de correspondência ou pessoa por ele indicado, conforme valores definidos em reunião do seu

Conselho Editorial.

Procedimentos para pagamentos:

a) No Brasil os pagamentos serão feitos por meio da quitação de boleto bancário disponível no site <<http://www.rbfjpt.org.br>>;

- b) Outros países: solicite informações sobre como efetuar os pagamentos para: contato@rbf-bjpt.org.br;
- c) Não haverá cobrança de taxas dos artigos submetidos por autores convidados formalmente pelos Editores da RBF;
- d) A taxa de processamento não será reembolsada no caso do artigo não ser publicado.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A RBF/BJPT aceita, no máximo, 6 (seis) autores em um manuscrito. O manuscrito deve ser Resumo/Abstract, Referências, Figuras, Tabelas e Anexos). Estudos de Caso não devem ultrapassar 1.600 palavras, excluindo Resumo/Abstract, Referências, Figuras, Tabelas e Anexos.

Ao submeter um manuscrito para publicação (<http://www.scielo.br/rbfis>), os autores devem inserir no sistema, todos os dados dos autores e ainda inserir como documento(s) suplementar(es):

- 1) Carta de encaminhamento do material, contendo as seguintes informações:
 - a) Nomes completos dos autores;
 - b) Tipo e área principal do artigo (ver OBJETIVOS, ESCOPO E POLÍTICA);
 - c) Número e nome da Instituição que emitiu o parecer do Comitê de Ética para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais. Para as pesquisas em seres humanos, incluir também uma declaração de que foi obtido o Termo de Consentimento dos participantes do estudo;
 - d) Número de Ensaio Clínico - Conforme descritos em OBJETIVOS, ESCOPO E POLÍTICA, os manuscritos com resultados relativos aos ensaios clínicos deverão apresentar número de identificação, que deverá ser registrado no final do Resumo/Abstract.
(Sugestão de site para registro: <http://www.anzctr.org.au/Survey/UserQuestion.aspx>);
- 2) Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse. Os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;
- 3) Declaração assinada por todos os autores, com o número de CPF, indicando a responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito e transferência de direitos autorais (copyright) para a RBF/BJPT, caso o artigo venha a ser aceito pelos Editores.

Os modelos da carta de encaminhamento e das declarações encontram-se disponíveis no site da RBF/BJPT: <http://www.rbf-bjpt.org.br>.

É de responsabilidade dos autores a eliminação de todas as informações (exceto na página do título e identificação) que possam identificar a origem ou autoria do artigo.

FORMATO DO MANUSCRITO

O manuscrito deve ser elaborado com todas as páginas numeradas consecutivamente na margem superior direita, com início na página de título. Os Artigos Originais devem ser estruturados conforme sequência abaixo:

Página de título e identificação (1ª. página)

A página de identificação deve conter os seguintes dados:

- a) Título do manuscrito em letras maiúsculas;
- b) Autor: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (Unidade/ Instituição/ Cidade/ Estado/ País); para mais de um autor, separar por vírgula;
- c) Nome e endereço completo. (É de responsabilidade do autor *correspondente* manter atualizado o endereço e e-mail para contatos);
- d) Título para as páginas do artigo: indicar um título curto, em Português e em Inglês, para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo, não excedendo 60 caracteres;
- e) Palavras-chave: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis), em Português e em Inglês. A **RBF/BJPT** recomenda o uso do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavraschave) a serem utilizados no artigo <<http://decs.bvs.br/>>.

Resumo/Abstract

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em Inglês (Abstract) deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas. Se for preciso citar uma referência, a citação completa deve ser feita dentro do resumo. O Resumo e o Abstract devem ser apresentados em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente:

Contextualização (Background), Objetivos (Objectives), Métodos (Methods), Resultados (Results) e Conclusões (Conclusions).

Corpo do texto: *Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão*

Incluir, em itens destacados:

Introdução: deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa.

Materiais e Métodos: descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas - para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

Resultados: devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados.

Discussão: o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na

Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Os artigos de Revisão Sistemática e Metanálises devem incluir uma seção que descreva os métodos empregados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações.

Agradecimentos

Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento

(aconselhamento e assistência). Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão documentada das pessoas cujos nomes constam dos Agradecimentos.

Referências Bibliográficas

O número recomendado é de, no mínimo, 50 (cinquenta) referências bibliográficas para Artigo de Revisão; 30 (trinta) referências bibliográficas para Artigo Original, Metanálise, Revisão Sistemática e Metodológico. Para Estudos de Caso recomenda-se, no máximo, 10 (dez) referências bibliográficas.

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência 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>>.

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus <<http://www.index-medicus.com>>. As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações das referências bibliográficas devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito. (Ver exemplos no site: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>).

□ **Tabelas, Figuras e Anexos: as Tabelas, Figuras e Anexos.**

-Tabelas: devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (**tamanho máximo permitido: uma página em espaço duplo**), e devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final do texto. Título descritivo e legendas devem torná-las compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo.

Não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas seções principais.

Devem ser usados parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

-Figuras: as Figuras não devem repetir os dados já descritos nas Tabelas. Todas devem ser citadas e devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não é recomendado o uso de cores. As legendas devem torná-las compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Digitar todas as legendas em espaço duplo e explicar todos os símbolos e abreviações. Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Em relação à arte final, todas as Figuras devem estar em alta resolução. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

As Tabelas, Figuras e Anexos publicados em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento, por escrito, do autor ou editores.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, um conjunto adicional em inglês das Tabelas, Figuras, Anexos e suas respectivas legendas deve ser anexado como documento suplementar.

□ **Notas de Rodapé**

As notas de rodapé do texto, se imprescindíveis, devem ser numeradas consecutivamente em sobrescrito no manuscrito e escritas em folha separada, colocada no final do texto. **OUTRAS CONSIDERAÇÕES**

Unidades: usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Cartas ao Editor: críticas às matérias publicadas de maneira construtiva, objetiva e educativa; consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da Fisioterapia serão publicados a critério dos editores (com até 700 palavras e até 8 referências). Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) sobre os artigos publicados na RBF/BJPT, esta será publicada junto com a réplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

Estudos de Caso: devem ser restritos às condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns sobre os quais o desenvolvimento de artigo original seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos originais, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos originais e devem seguir as normas estabelecidas pela **RBF/BJPT**.

Estudos de Revisão Sistemática com Metanálise: Devem incluir:

a) uma seção que descreva os métodos empregados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações, b) número suficiente de artigos, com qualidade metodológica alta (segundo mecanismos próprios de avaliação) de tal forma que seja possível uma análise apropriada sobre o tema de investigação, e c) técnica de metanálise, que integre os resultados dos estudos selecionados, sobre a questão de pesquisa. Manuscritos de revisão sistemática com metanálise que apresentem uma quantidade insuficiente de artigos selecionados e/ou artigos de baixa qualidade, que não utilizem técnica estatística para síntese ponderada dos efeitos dos estudos (metanálise) e que não apresentem uma conclusão assertiva e válida sobre o tema, não serão considerados para análise de revisão por pares.

Conflitos de Interesse: os autores são responsáveis pela declaração de qualquer tipo de conflito de interesse na realização da pesquisa, tanto de ordem financeira como de qualquer outra natureza.

O relator deve comunicar aos editores quaisquer conflitos de interesse que possam influenciar a emissão de parecer sobre o manuscrito e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Considerações Éticas e Legais: evitar o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes.

Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (reporte-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos).

Para os experimentos em animais, considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983). Para as pesquisas em humanos e em animais, deve-se incluir, no manuscrito, o número do Parecer da aprovação das mesmas pela Comissão de Ética em Pesquisa, que deve ser devidamente registrado no Conselho Nacional de Saúde do Hospital ou Universidade ou no mais próximo de sua região.

A **RBF/BJPT** reserva-se o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

É recomendável que estudos relatando resultados eletromiográficos sigam os "Standards for Reporting EMG Data", recomendados pela ISEK.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à RBF/BJPT dentro de 6 (seis) semanas, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas aos autores por e-mail, no endereço indicado na submissão, para revisão final (dúvidas e/ou discordâncias de revisão), não sendo

permitidas quaisquer outras alterações. Manuscrito em prova final não devolvido em 48 horas poderá, a critério dos editores, ser publicado na forma em que se apresenta ou ter sua publicação postergada para um próximo número.

Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, toda documentação referente ao processo de revisão será incinerada.

Rod. Washington Luís, Km 235

13565-905, São Carlos, SP, Brasil

Tel./Fax: +55 16 3351 8755

contato@rbf-bjpt.org.br