

Camila Marques Rocha Pinho  
Lídia Aparecida Fernandes

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, LIMITAÇÃO NA ATIVIDADE E RESTRIÇÃO  
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM INDIVÍDUOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO**

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG  
2019

Camila Marques Rocha Pinho  
Lídia Aparecida Fernandes

**SINTOMAS DEPRESSIVOS, LIMITAÇÃO NA ATIVIDADE E RESTRIÇÃO  
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM INDIVÍDUOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Iza de Faria Fortini.

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG  
2019

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo comparar diferenças na limitação na atividade e restrição na participação social de indivíduos pós-Acidente Vascular Encefálico, considerando a presença e ausência de sintomas depressivos. A metodologia utilizada foi um recorte de um projeto mais amplo intitulado "Preditores da restrição na participação pós-Acidente Vascular Encefálico", realizado nas dependências do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e nas unidades de atenção secundária da rede de reabilitação do Sistema Único de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). O tema foi escolhido pelo fato da presença de sintomas depressivos poder interferir na limitação na atividade e restringir a participação social dos indivíduos pós-AVE, refletindo nos resultados da intervenção. Os resultados indicaram que indivíduos com sintomas depressivos apresentaram maior limitação na habilidade de locomoção, bem como maior restrição na participação, tanto nos escores total do LIFE-H 3.1, quanto nas subescalas de atividades diárias e papéis sociais. Dessa forma, a ocorrência de sintomas depressivos deve ser considerada no planejamento de intervenções de reabilitação e elaboração de políticas públicas direcionadas a melhorar a atividade e participação social de indivíduos pós-AVE.

**Palavras-chave:** Sintomas depressivos. Acidente Vascular Cerebral. Participação social. Limitação na atividade. Classificação Internacional de Funcionalidade. Incapacidade e saúde. Reabilitação.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	10
1.1. <b>Objetivo</b>	11
<b>2. MATERIAIS E MÉTODO</b>	11
2.1. <b>Delineamento</b>	11
2.2. <b>Participantes</b>	11
2.3. <b>Procedimentos</b>	12
<b>3. INSTRUMENTOS E MEDIDAS</b>	13
3.1. <b>Caracterização da amostra</b>	13
<b>4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO</b>	13
4.1. <b>Sintomas depressivos</b>	13
<b>5. LIMITAÇÃO NA ATIVIDADE</b>	14
5.1. <b>Medidas de capacidade</b>	14
5.2. <b>Medidas de desempenho</b>	15
5.3. <b>Participação</b>	16
<b>6. ANÁLISE DOS DADOS</b>	17
<b>7. RESULTADOS</b>	17
7.1. <b>Recrutamento</b>	17
7.2. <b>Características clínico-demográficas dos participantes</b>	18
7.3. <b>Discussão</b>	19
<b>8. CONCLUSÃO</b>	22
<b>REFERÊNCIAS</b>	23
<b>ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG</b>	29
<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE</b>	32
<b>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	36

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo, ocasionando danos na função neurológica (COSTA *et al.*, 2016). Refere-se a um rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais apresentando sintomas iguais ou superiores há 24 horas, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor (BOTELHO *et al.*, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVE apresenta incidência anual de 108 casos para cada 100 mil habitantes, e aumenta após o 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos de idade (BRASIL, 2013), e a prevalência de morbidade em pessoas pós-AVE varia entre 24% e 54% (SACCO, 1997).

Neste sentido, pode-se observar que o AVE é uma doença que ocorre predominantemente em adultos de meia-idade e idosos (ALMEIDA, 2012). Porém, alguns estudos têm mostrado o aumento da incidência entre adultos jovens, devido à exposição à fatores de risco modificáveis como, principalmente, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo e etilismo (ARAÚJO *et al.*, 2018). Em escala mundial, o AVE é a segunda principal causa de morte (ALMEIDA, 2012) e representa a principal causa de incapacidade no país (BRASIL, 2013), com relevante impacto econômico e social (FARIA-FORTINI *et al.*, 2017).

A OMS propõe um modelo teórico para análise do impacto de uma condição de saúde na funcionalidade. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade, composta pelos componentes estrutura e função do corpo, atividade e participação, pode sofrer a influência de uma condição de saúde e/ou fatores contextuais (OMS, 2003). Em indivíduos pós-AVE, é comum a ocorrência de alterações em diferentes componentes da funcionalidade, com limitações na habilidade de locomoção (FLANSBJER; DOWNHAM; LEXELL, 2006; FARIA-FORTINI *et al.*, 2017; FARIA-FORTINI *et al.*, 2018), utilização dos membros superiores (HARRIS; ENG, 2007; FARIA-FORTINI *et al.*, 2011), bem como restrição na participação social (FORTINI *et al.*, 2017; FARIA-FORTINI *et al.*, 2018).

Dentre os fatores associados à limitação na atividade e restrição da participação social em indivíduos pós-AVE está a ocorrência de sintomas depressivos (ROBINSON, 1997). A depressão tem sido considerada a consequência neuropsiquiátrica mais comum após a ocorrência de um AVE (ROBINSON, 1997)

A prevalência de sintomas depressivos em indivíduos pós-AVE varia em torno de 23% a 60%, e está associada ao aumento da mortalidade, maior prejuízo funcional e redução da qualidade de vida (TERRONI *et al.*, 2009). Os sintomas depressivos pós-AVE tendem a manifestar-se precocemente, mas em 30% dos pacientes, eles podem ter início após a alta hospitalar (DE PAULA *et al.* 2008). Seis meses após o AVE, os sintomas depressivos ainda podem estar presentes em 86% dos pacientes (DE PAULA *et al.* 2008).

O impacto funcional gerado pelas limitações impostas após um AVE poderia explicar o surgimento dos sintomas depressivos que, conseqüentemente, interfere no resultado da reabilitação (TANAKA; SCHEICHER, 2013). Diante disso, identificar se a limitação na atividade e restrição na participação social de indivíduos pós-acidente vascular encefálico tem relação com a presença de sintomas depressivos poderá ser útil para o direcionamento de estratégias de intervenção, possibilitando alcançar melhores desfechos clínicos.

### **1.1. Objetivo**

Comparar diferenças na limitação na atividade e restrição na participação social de indivíduos pós-Acidente Vascular Encefálico, considerando a presença e ausência de sintomas depressivos.

## MATERIAIS E MÉTODO

### 2.1. Delineamento

Este trabalho é um recorte de um projeto mais amplo intitulado "Redutores da restrição na participação pós-Acidente Vascular Encefálico", realizado nas dependências do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e nas unidades de atenção secundária da rede de reabilitação do Sistema Único de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH).

### 2.2. Participantes

Os indivíduos foram recrutados na comunidade, por meio de contatos realizados com os profissionais da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) da rede de reabilitação e listas de projetos de pesquisa prévios. A seleção dos indivíduos foi realizada levando em consideração os seguintes critérios de inclusão: (a) diagnóstico clínico de AVE primário ou recorrente com pelo menos seis meses de evolução; (b) idade  $\geq$  20 anos; (c) hemiparesia, caracterizada pelo aumento de tônus dos flexores de cotovelo e/ou extensores do joelho, determinado por escores diferentes de zero na escala Modificada de Ashworth (BRASHEAR *et al.*, 2002) e/ou pela fraqueza muscular de preensão manual ou de extensores de joelho (quadríceps), determinada por uma diferença superior a 10% (FARIA-FORTINI *et al.*, 2011) e 15% (FARIA; TEIXEIRA-SALMELA; NADEAU, 2013), respectivamente, entre a medida do membro parético e o não parético, mensuradas pelos dinamômetros Jamar Hydraulic Hand Dynamometer® (Model SH5001, Saehan Corporation, Masan, Korea) e manual (Microfet 2 MT, Hoggan Health Industries, West Jordan, UT, USA) e (d) ausência de déficits cognitivos, avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (ponto de corte para indivíduos analfabetos - 13; baixa e média escolaridade - 18 e alta escolaridade - 26) (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Os indivíduos com dificuldade de expressão verbal, déficits visuais não corrigidos, hemiplegia/hemiparesia dupla e outras condições musculoesqueléticas ou neurológicas incapacitantes foram excluídos.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

(ANEXO B) (CAAE 06609312.0.0000.5149). Todos os indivíduos foram esclarecidos quanto aos procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

### **2.3. Procedimentos**

Os critérios elegibilidade foram verificados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado. Em seguida, a avaliação dos participantes foi realizada por cinco examinadores que foram previamente treinados para a aplicação dos testes utilizados na pesquisa e que possuíam experiência clínica e/ou em pesquisa com pacientes pós-AVE. Para a realização deste estudo, foi feito treinamento prático dos examinadores para reduzir a ocorrência de erros que pudessem minimizar a confiabilidade relatada na literatura para os instrumentos e realizadas orientações para que cada dupla avaliasse um participante. Sendo assim, um avaliador seria responsável pela avaliação física e o outro pela aplicação de questionários e avaliação da capacidade. Foi realizada entrevista para coletar os dados clínicos (tempo de evolução pós-AVE, lado de acometimento) e dados sociodemográficos (idade, sexo e situação familiar).



## INSTRUMENTOS E MEDIDAS

### 3.1. Caracterização da amostra

A Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM) foi utilizada para avaliação da função sensório-motora e do comprometimento motor baseado nos estágios de recuperação de Brunnstrom (MAKI *et al.*, 2006). Este instrumento apresenta adequada confiabilidade intraexaminador (CCI=0,95-0,99) e interexaminador (CCI=0,91-0,98) (SULLIVAN *et al.*, 2011).

A avaliação motora é composta por movimentação ativa, coordenação e atividade reflexa de membros superiores - ombro, cotovelo punho e mão (33 itens) e membros inferiores - quadril, joelho e tornozelo (17 itens). Em cada item aplica-se uma escala ordinal de três pontos, sendo que a pontuação zero significa que a atividade não pode ser realizada; a pontuação um se trata de quando a atividade é realizada parcialmente e a pontuação dois diz respeito à quando a atividade é realizada completamente. Sendo assim, a EFM tem um total de 100 pontos para a função motora normal, tendo 34 pontos como pontuação máxima da extremidade inferior e 66 pontos na extremidade superior (MAKI *et al.*, 2006; MICHAELSEN *et al.*, 2011).

Levando em consideração a função motora dos membros superiores e inferiores, escores <50 indicam comprometimento motor severo; entre 51 a 84 comprometimento motor marcante; entre 85 e 95 comprometimento motor moderado; e escores entre 96 e 99 indicam comprometimento motor leve (FUGL-MEYER, 1980).

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

### 4.1. Sintomas depressivos

Para avaliação de sintomas depressivos, foi utilizada a *Geriatric Depression Scale* (GDS) em sua versão reduzida, com 15 questões. Trata-se de um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). A GDS foi traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Stoppe Júnior *et al.*, em 1994, em duas versões: 30 e 15 itens (SOUSA, *et al.*, 2007). A escala foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos e mostra boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). A versão utilizada para o estudo contém 15 questões com respostas dicotômicas, sendo que, quanto maior o escore, maior a magnitude dos sintomas depressivos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). O escore igual ou superior a seis é utilizado para indicar a presença de sintomas depressivos (TANG *et al.*, 2004).

## LIMITAÇÃO NA ATIVIDADE

### 5.1. Medidas de capacidade

Para avaliação da função dos membros superiores, foi utilizado o *Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Agées* (TEMPA). É uma medida que avalia a função dos membros superiores de forma padronizada, por meio da realização de tarefas que representam as atividades da vida diária, incluindo quatro atividades unilaterais (pegar e transportar um pote, pegar uma jarra e servir água, manipular dinheiro e pegar e transportar objetos pequenos) e quatro atividades bilaterais (abrir um pote e pegar uma colher de café, abrir uma fechadura e um recipiente contendo pílulas, escrever e colar um selo e embaralhar cartas) (MICHAELSEN *et al.*, 2008). A forma de cálculo do escore do instrumento é muito completa, incluindo tanto a análise quantitativa (cotação de velocidade de execução) quanto a qualitativa (funcionalidade e pontuação da análise da tarefa) (FREITAS *et al.*, 2016).

Para este estudo, foram executadas apenas as tarefas bilaterais, pois, de acordo com Penta *et al.* (2001), na fase crônica de evolução pós-AVE os indivíduos já desenvolveram estratégias compensatórias para realização de atividades manuais, o que faz com que as atividades unilaterais sejam facilmente executadas, não discriminando a habilidade manual. Cada tarefa foi cronometrada a partir do momento em que as mãos do participante deixaram a plataforma até o instante em que a tarefa foi concluída, observando-se que as tarefas deviam ser realizadas o mais rápido possível (MICHAELSEN *et al.*, 2008). O escore final consiste na soma do tempo necessário para executar as quatro atividades bilaterais. Quando o participante não foi capaz de realizar a tarefa, atribuiu-se um score de 120 segundos, uma vez que este é o tempo máximo permitido para tentar realizar a tarefa. O TEMPA apresenta adequada confiabilidade interexaminador (CCI=0,83-0,93) e teste-reteste (CCI=0,66-0,93) para a velocidade de execução das tarefas bilaterais em indivíduos pós-AVE (MICHAELSEN *et al.*, 2008).

A avaliação da velocidade de marcha foi feita pelo teste de caminhada de 10 metros (FARIA *et al.*, 2011). Os participantes foram solicitados a deambularem, em uma velocidade natural, uma distância de 14 metros, utilizando calçado confortável e dispositivos de auxílio à marcha, se necessário. O tempo gasto para percorrer os 10

metros centrais foi registrado com um cronômetro digital de dois dígitos (FARIA *et al.*, 2011). Para caracterização da amostra, a velocidade de marcha foi classificada como domiciliar ( $<0,4\text{m/s}$ ), comunitária limitada (entre 0,4 a 0,8 m/s) e comunitária ( $>0,8\text{m/s}$ ) (BOWDEN *et al.*, 2008). Este teste apresenta adequadas confiabilidade intraexaminador (CCI=0,94) e interexaminador (CCI=0,96) e resultados consistentes em apenas uma única aplicação (FARIA *et al.*, 2011).

## **5.2. Medidas de desempenho**

Para avaliação da habilidade manual, foi utilizado o questionário ABILHAND-Brasil. A habilidade manual é compreendida como a habilidade de gerir atividades diárias que requerem o uso dos membros superiores, independente das estratégias envolvidas (BASÍLIO *et al.*, 2017). O ABILHAND-Brasil é um questionário específico para indivíduos pós-AVE, contendo 23 questões sobre atividades bimanuais (BASÍLIO *et al.*, 2017). O participante foi solicitado a estimar o grau de dificuldade no desempenho de cada atividade manual, sem auxílio técnico ou físico e independente das estratégias utilizadas, avaliado em uma escala ordinal com três possibilidades de escore: fácil (2), difícil (1), impossível (0). Quando o indivíduo não pode estimar a dificuldade da atividade porque ele nunca a fez ou não tentou realizá-la nos últimos três meses, essa atividade não é pontuada, devendo-se assinalar o ponto de interrogação. O ABILHAND-Brasil apresentou valores adequados de confiabilidade dos indivíduos (0,91) e dos itens (0,97) (BASÍLIO *et al.*, 2016b), bem como confiabilidade teste-reteste (ICC=0,85-0,91) (EKSTRAND *et al.*, 2014).

A habilidade de locomoção foi avaliada pelo questionário ABILOCO-Brasil. A habilidade de locomoção pode ser definida como habilidade do indivíduo de se mover de forma eficaz em seu ambiente (CATY *et al.*, 2008). Este questionário avalia a habilidade de locomoção por meio de 13 atividades classificadas em uma escala de dois níveis (0: impossível; 1: possível). A atividade é classificada como não aplicável se não foi realizada desde a ocorrência do AVE (AVELINO, 2016). O ABILOCO-Brasil apresentou valores adequados de confiabilidade dos indivíduos (0,65) e dos itens (0,95) (AVELINO, 2016).

Tanto para o ABILHAND como para o ABILOCO, as respostas foram submetidas a uma análise online gratuita no site <http://www.rehab-scales.org>. Essa

análise utiliza o modelo Rasch para converter os escores ordinais em uma medida linear, em logits, a qual deve ser utilizada.

### 5.3. Participação

A versão brasileira do *Assesment of Life Habits* 3.1 (LIFE-H 3.1-Brasil) foi aplicada para mensurar a restrição na participação (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2016). O LIFE-H 3.1 Brasil é composto por 77 questões agrupadas em duas subescalas: atividades diárias, composto pelas áreas nutrição, condicionamento físico, cuidado pessoal, comunicação, moradia e mobilidade; e papéis sociais, composto pelas áreas reponsabilidade, relações interpessoais, vida em comunidade, educação, emprego e recreação (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2016), contemplando amplamente o componente participação da CIF (TSE *et al.*, 2013).

A identificação do nível de realização (sem dificuldade, com dificuldade, realizado por um responsável, não realizado ou não se aplica) e do tipo de assistência requerida (sem assistência, dispositivo de auxílio, adaptação e/ou assistência humana) é feita na avaliação de desempenho em cada uma das questões. Através da combinação do nível de realização e do tipo de assistência, o desempenho em cada hábito de vida é classificado em uma escala de 0 a 9, onde a pontuação zero significa total restrição da participação e nove indica ausência de restrição, sendo a atividade diária ou papel social realizado sem dificuldade ou assistência. O escore total, por área e por subescala é obtido pela fórmula:  $(\text{pontuações} \times 10) / (\text{número de itens aplicáveis} \times 9)$ , sendo que zero indica total restrição na participação e, 10 nenhuma restrição (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2016). O LIFE-H 3.1 apresenta propriedades de medida recomendáveis para aplicação clínica (FIGUEIREDO *et al.*, 2010; ASSUMPÇÃO *et al.*, 2015), apresentando adequada confiabilidade teste-reteste (escore total - ICC=0,95; subescala atividades diárias . ICC=0,96 e subescala papéis sociais . ICC=0,76) (NOREAU *et al.*, 2004), bem como validade convergente do escore total ( $r=0,70$ ), da escala de atividades diárias ( $r=0,76$ ) e de papéis sociais ( $r=0,43$ ) com questionário *Functional Autonomy Measurement System* (SMAF) (DESROSIERS *et al.*, 2004).

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Estatísticas descritivas, com o uso de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequência para as variáveis categóricas, foram utilizadas para caracterização da amostra. Para mensurar a diferença entre os grupos quanto limitação na atividade e o nível de restrição na participação social, os indivíduos foram agrupados segundo a presença/ausência de sintomas depressivos (GDS<sup>-</sup> 6/<6). A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Na análise inferencial dos dados, utilizou-se o teste-t de Student para grupos independentes, considerando a presença/ausência de sintomas depressivos, para avaliar a diferença entre as médias dos escores nas seguintes variáveis: limitação na capacidade dos membros superiores (TEMPA) e capacidade de locomoção (velocidade de marcha), limitação da habilidade dos membros superiores (ABILHAND) e habilidade de locomoção (ABILOCO) e restrição na participação social (LIFE-H 3.1 Brasil: subescalas e total). O nível de significância para todas análises inferenciais foi de 5%. As análises foram realizadas no programa SPSS for Windows, versão 18.0.

## RESULTADOS

### 7.1. Recrutamento

Por meio de contatos em centros de reabilitação e acesso a uma relação inicial, obtida por meio de listas de pesquisas anteriores, foram identificados 485 indivíduos. Destes, 47 não atenderam aos critérios de inclusão, pelos seguintes motivos: retorno completo da função motora (n=17); déficit cognitivo (n=14); déficit visual não corrigido (n=9); outra condição de saúde incapacitante (n=5); hemiparesia dupla (n=1) e paresia somente em membros superiores (n=1). Dentre os 438 indivíduos restantes, não foi possível contato com 198 indivíduos, principalmente pelo fato do número de telefone estar incorreto. Adicionalmente, 88 indivíduos recusaram a participar do estudo. A recusa está relacionada à: problemas de saúde (n=28); falta de interesse (n=24); dificuldade de locomoção (n=15); dificuldade de acesso ao local da avaliação (n=15) e ausência de acompanhante (n=6).

Sendo assim, 152 indivíduos agendaram a avaliação, porém, 48 foram excluídos por não comparecerem, apesar de terem previamente confirmado presença (n=30), ou por não atenderem aos critérios de inclusão devido a déficit cognitivo (n=6), hemiparesia dupla (n=2) e apresentarem, concomitantemente, outras condições de saúde incapacitantes (n=5). Cinco participantes não completaram os procedimentos de avaliação, sendo, portanto, excluídos. Desta forma, 104 indivíduos foram avaliados nesse estudo.

### 7.2. Características clínico-demográficas dos participantes

Dentre os 104 participantes do estudo, a média de idade foi de  $58 \pm 12$  anos, a maioria eram homens (59%) e o tempo médio pós-AVE foi de  $5,4 \pm 5,3$  anos. As características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características clínico-demográficas dos participantes

VARIÁVEL	n=109
Idade (anos), média $\pm$ (mín-máx)	58 $\pm$ 12 (20-83)
Sexo (homens), n(%)	64 (59)
Tempo pós-AVE (anos), média $\pm$ DP (mín-máx)	5,4 $\pm$ 5,3 (6-31,7)
MEEM (0-30), média $\pm$ DP (mín-máx)	25 $\pm$ 4 (13-30)

Situação familiar, n (%)	Vive sozinho	12 (11)
	Vive com companheiro(a)/família	97 (89)
Retorno motor – EFM (0-100), média±DP (mín-máx)		70±24 (18-100)
Escala de depressão geriátrica (0-15) média±DP (mín-máx)		5,6±3,4(0-13,0)

DP= Desvio padrão; MEEM= Mini-Exame do Estado Mental; EFM= Escala de Fugl-Meyer.

FONTE: Elaborado pelas autoras, 2019.

Tabela 2. Características dos participantes e comparação entre os grupos (presença e ausência de sintomas depressivos), de acordo com limitações na atividade (capacidade e desempenho) e restrição na participação.

	n=104	GDS<6 (n=66)	GDS≥6 (n=38)	P
<b>Capacidade</b>				
TEMPA (s), média (DP)	99,6(46,0)	103,17 (47,10)	91,26 (42,5)	0,210
Velocidade de marcha (m/s), média (DP)	0,83(0,33)	0,82 (0,36)	0,83 (0,29)	0,898
<b>Desempenho</b>				
ABILHAND (logits), média (DP)	1,05(1,60)	1,3 (1,54)	0,66 (1,68)	0,051
ABILOCO (logits), média (DP)	2,70(1,71)	2,98 (1,63)	2,25 (1,8)	<b>0,037</b>
<b>Participação</b>				
LIFE-H 3.1: atividades de vida diária, média (DP)	7,50(1,37)	7,9(1,12)	6,86(1,55)	<b>0,000</b>
LIFE-H 3.1: papéis sociais, média (DP)	6,85(2,13)	7,38(1,94)	6,07(2,14)	<b>0,002</b>
LIFE-H 3.1: escore total, média (DP)	7,20(1,62)	7,66(1,35)	6,51(1,78)	<b>0,000</b>

DP= Desvio padrão; TEMPAs= Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Agées; GDS= Geriatric Depression Scale; LIFE-H 3.1= *Assesment of Life Habits* 3.1.

FONTE: Elaborado pelas autoras, 2019.

Conforme observado na Tabela 2, indivíduos com sintomas depressivos (GDS<sup>-</sup> 6) apresentam maior restrição na participação, considerando o escore total do LIFE-H 3.1, como as subescalas de atividades diárias e papéis sociais. Adicionalmente, indivíduos com sintomas depressivos apresentam maior limitação na habilidade de locomoção, mensurada por meio do ABILOCO-Brasil. Em contrapartida, não foram observadas diferença entre os grupos de indivíduos com e



sem sintomas depressivos com relação à limitação na capacidade de locomoção, capacidade de membros superiores e habilidade de membros superiores (Tabela 2).

### **7.3. Discussão**

O objetivo deste estudo foi comparar as diferenças na limitação na atividade e restrição na participação social de indivíduos pós-AVE, considerando a presença e ausência de sintomas depressivos. Os resultados indicaram que indivíduos com sintomas depressivos apresentaram maior limitação na habilidade de locomoção, bem como maior restrição na participação, tanto nos escores total do LIFE-H 3.1, quanto nas subescalas de atividades diárias e papéis sociais.

Indivíduos com sintomas depressivos apresentaram maior restrição na participação social, resultado similar ao demonstrado em estudos prévios (FARIA-FORTINI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016). A maior restrição na participação social de indivíduos pós-AVE com sintomas depressivos pode estar relacionada à menor percepção de auto eficácia. Em estudo realizado por Robinson-Smith, Johnston e Allen (2000) a presença de sintomas depressivos foi associada a uma menor percepção de auto eficácia relacionada ao autocuidado. O conceito de auto eficácia é descrito como a confiança do indivíduo em sua habilidade para desempenhar uma tarefa ou comportamento específico (ROBINSON-SMITH; JOHNSTON; ALLEN, 2000). A redução da percepção de auto eficácia pode resultar em um menor engajamento em atividades cotidianas, e, conseqüentemente, em uma maior restrição na participação social (FARIA-FORTINI *et al.*, 2017).

A ocorrência de menor habilidade de locomoção, mensurada por meio do ABILOCO-Brasil, foi observada entre indivíduos com sintomas depressivos. A habilidade de locomoção é uma medida de desempenho, que segundo a CIF, reflete a percepção do indivíduo sobre sua habilidade em um contexto de vida real (OMS, 2003; LEMMENS, 2012). A habilidade de locomoção é um aspecto frequentemente reportado como limitado após o AVE (FARIA-FORTINI, *et al.* 2017). Este achado pode ser explicado pela ocorrência de deficiências, tais como sintomas depressivos e redução da força muscular (FLANSBJER; DOWNHAM; LEXELL, 2006), bem como pela ocorrência de fatores contextuais, tais como barreiras ambientais. Estudo prévio reportou a associação entre ausência de sintomas depressivos e maior probabilidade de deambulação na comunidade seis meses após a reabilitação

(OR=4,16; IC=1,8-9,4; p=0.001) (FERREIRA *et al.*,2015). Ressalta-se que a habilidade de deambulação na comunidade é requerida para realização de diversas atividades sociais, tais como gerenciamento financeiro, trabalho e lazer. Este fato é corroborado por estudo prévio que indicou que a habilidade de locomoção foi responsável por predizer 39% da participação, mensurada por meio do LIFE-H 3.1 Brasil (FARIA-FORTINI *et al.*, 2018).

Ressalta-se que tanto a avaliação da participação quanto a mensuração da habilidade de locomoção foram realizadas por meio da aplicação de questionários, no qual o próprio indivíduo estimou seu nível de participação ou habilidade (LEMMENS, 2012). Dessa forma, a presença de sintomas depressivos pode interferir no julgamento dos indivíduos no que se refere a suas habilidades, fazendo com que elas sejam subestimadas, e conseqüentemente, seja reportado um nível inferior de desempenho.

Entretanto, não houve diferença entre os grupos quando considerada a presença/ausência de sintomas depressivos e a limitação da habilidade manual. Uma possível explicação para este achado pode ser a fase de evolução pós-AVE e o uso de estratégias compensatórias. Segundo Rozon e Rochette (2015), o indivíduo na fase crônica de evolução pós-AVE pode desenvolver estratégias frente à sua nova condição de saúde. O processo de adaptação pode iniciar com um período de choque pelo fato da mudança do desempenho, seguida da vontade de superar as limitações e experimentar novas estratégias e, por fim, aceitar a nova forma de realizar as atividades de vida diária (WILLIAMS; MURRAY, 2013). Neste sentido, as atividades que envolvem a função manual podem ser realizadas no contexto de vida real do indivíduo com a utilização de estratégias compensatórias, tais como o uso da mão parética para suporte em atividades bimanuais, enquanto a mão não-parética realiza manipulação; uso unimanual durante a realização das atividades de vida diária; ou uso de adaptações, tais como dispositivos de auxílio que substituam a função da mão parética (WILLIAMS; MURRAY, 2013).

Segundo a CIF, o construto capacidade corresponde ao nível máximo de habilidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação em um ambiente padronizado (OMS, 2003). Neste sentido, na CIF existe uma indicação de que para avaliar a capacidade, é necessário um ambiente padronizado para eliminar a interferência de fatores ambientais (OMS, 2003; HOLSBEEKE *et al.*, 2009). Neste

estudo, não foram encontradas diferenças entre os grupos de indivíduos com e sem sintomas depressivos e medidas de capacidade de marcha e função dos membros superiores. Estes achados são corroborados por estudos prévios que investigaram a relação entre medidas de capacidade e sintomas depressivos (WEAVER *et al.*, 2013; PARKER *et al.*, 2010). Weaver *et al.*, (2013) investigaram a associação de sintomas depressivos e capacidade dos membros superiores, mensurada por meio da *Arm Motor Ability Test*. Estes autores não encontraram relação entre as medidas de capacidade e sintomas depressivos ( $r=-0,10$ ;  $p=0,275$ ) (WEAVER *et al.*, 2013). Em estudo realizado por Parker *et al.* (2010), com indivíduos com amputação, a relação entre medidas de capacidade e desempenho de locomoção foi investigada, sendo explorada a influência de variáveis clínicas e demográficas. Os autores reportaram que a ocorrência de sintomas depressivos foi um preditor somente da redução do desempenho ( $p=0.003$ ) (PARKER *et al.*, 2010). Esses achados em conjunto indicam que ao avaliar a capacidade, a utilização de um ambiente padronizado pode favorecer a motivação, concentração e habilidade de resolução de problemas do paciente, reduzindo desta forma o impacto dos sintomas depressivos.

O ponto forte deste estudo é a inclusão de indivíduos com diferentes níveis de funcionalidade. Porém, os participantes foram recrutados na comunidade e apresentam elevado nível de funcionalidade, com média de velocidade de marcha que indica deambulação comunitária ( $>0,8\text{m/s}$ ). Desta forma, os achados deste estudo só podem ser aplicados a indivíduos com características similares.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo indicaram que indivíduos com sintomas depressivos apresentaram maior limitação na habilidade de locomoção, bem como maior restrição na participação, tanto nos escores total do LIFE-H 3.1, quanto nas subescalas de atividades diárias e papéis sociais. A presença de sintomas depressivos pode interferir no julgamento dos indivíduos no que se refere a suas habilidades no contexto de vida real, fazendo com que esses indivíduos tenham um menor engajamento em atividades cotidianas. A ocorrência de sintomas depressivos deve ser considerada no planejamento de intervenções de reabilitação e elaboração de políticas públicas direcionadas a melhorar a atividade e participação social de indivíduos pós-AVE.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, [s. l.], v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0004282X1999000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004282X1999000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 7 abr. 2019.

ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Revista Neurociências**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 481-482, 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edSara.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2019.

ARAÚJO, J. P. *et al.* Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 56-62, jan./ feb. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472018000100056&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472018000100056&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 8 abr. 2019.

ASSUMPÇÃO, F. S. N.; FARIA-FORTINI, I.; BASÍLIO, M. L.; MAGALHÃES, L. C.; CARVALHO, A. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Adaptação transcultural do LIFE-H 3.1: um instrumento de avaliação da participação social. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00061015.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

ASSUMPÇÃO, F. S. N.; FARIA-FORTINI, I.; MAGALHÃES, L. C.; BASÍLIO, M. L.; CARVALHO, A. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Propriedades de medida do LIFE-H 3-Brasil para avaliação da participação social de hemiparéticos. **Revista Neurociências**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 506-515, 2015. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2304/originais/1082original.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

AVELINO, P. R. **Adaptação transcultural e avaliação das propriedades de medidas do ABILOCO - Brasil**: um instrumento de avaliação do desempenho da locomoção para hemiparéticos. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-A7FHVC>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BASÍLIO, M. L. *et al.* Adaptação transcultural do Questionário ABILHAND específico para indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n 1, p. 19-26, jan./ abr. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/118880>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BASÍLIO, M. L.; FARIA-FORTINI, I. ; MAGALHÃES, L. C.; ASSUMPÇÃO, F. S. N.; CARVALHO, A. C. ; TEIXEIRA-SALMELA L. F. Cross-cultural validity of the ABILHAND questionnaire for stroke individuals based upon Rasch analysis. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 6-13, 2016. Disponível

em:<https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/165019772044?ref=search>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BASÍLIO, M. L.; FARIA-FORTINI, I.; POLESE, J. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Handgrip strength deficits best explained limitations in performing bimanual activities after stroke. **Journal of Physical Therapy Science**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 1161-1165, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868207/>. Acesso em: 7 abr. 2019.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq Neuropsiquiatr**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BOTELHO, T. S. *et al.* Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2019.

BOWDEN, M. G.; BALASUBRAMANIAN, C. K.; BEHRMAN, A. L.; KAUTZ, S. A. Validation of a speed-based classification system using quantitative measures of walking performance poststroke. **Neurorehabil Neural Repair**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 672-675, 2008.

BRASHEAR A. *et al.* Inter- and intrarater reliability of the Ashworth scale and the Disability assessment scale in patients with upper-limb post stroke spasticity. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 83, n. 10, p. 1349-1354, oct. 2002. Disponível em: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(02\)00049-7/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(02)00049-7/fulltext). Acesso em: 6 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 69 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

CATY, G. D.; ARNOULD, C.; STOQUART, G. G.; THONNARD, J-L.; LEJEUNE, T. M. ABILOCO: a Rasch-built 13-item questionnaire to assess locomotion ability in stroke patients. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 89, n. 2, p. 284-290, feb. 2008.

COSTA, T. F. *et al.* Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev Bras Enferm [Internet]**, [s. l.], v. 69, n. 5, p. 933-939, set. /out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0933.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

DE PAULA, M. P. PINTO, K. O. DE LÚCIA, M. C. S. Relação entre depressão e disfunção cognitiva em pacientes após acidente vascular cerebral: um estudo teórico. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 6 n. 1, p. 21-38, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a03.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

DESROSIERS, J.; NOREAU, L.; ROBICHAUD, L.; FOUGEYROLLAS, P.; ROCHETTE, A.; VISCOGLIOSI, C. Validity of the assessment of Life Habits in older adults. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 177-182, 2004. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/issue/36-4>. Acesso em: 7 abr. 2019

EKSTRAND, E.; LINDGREN, I.; LEXELL, J.; BROGÅRDH, C. Test-retest reliability of the ABILHAND questionnaire in persons with chronic stroke. **PM&R**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 324-331, apr. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/pm-and-r/vol/6/issue/4>. Acesso em: 7 abr. 2019

FARIA, C. D. C. M.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; GOMES NETO, M.; RODRIGUES-DE PAULA, F. Performance-based tests in subjects with stroke: outcome scores, reliability and measurement errors. **Clin Rehabil**, [s. l.], v. 26, n. 5, p. 460-469, may 2011.

FARIA, C. D. C. M.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; NADEAU, S. Predicting levels of basic functional mobility, as assessed by the Timed Up and Go+test, for individuals with stroke: discriminant analyses. **Disability Rehabilitation**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 146-152, 2013.

FARIA-FORTINI I. *et al.* Caracterização da participação social de indivíduos na fase crônica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.71-78, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/116289/129276>. Acesso em: 17 abr. 2019.

FARIA-FORTINI I. *et al.* Performance and capacity-based measures of locomotion, compared to impairment-based measures, best predicted participation in individuals with hemiparesis due to stroke. **Disabil Rehabil**. [S. l.], v. 40, n.15, p. 1791-1798, jul. 2018. DOI: 10.1080/09638288.2017.1312570.

FARIA-FORTINI, I.; MICHAELSEN, S. M.; CASSIANO, J. G.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Upper extremity function in stroke subjects: relationships between the International Classification of Functioning, Disability, and Health domains. **Journal of Hand Therapy**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 257-265, jul./ sep. 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0894113011000044>. Acesso em: 7 mai. 2019.

FERREIRA, M. S. *et al.* Non-motor Factors Associated with the Attainment of Community Ambulation after Stroke. **Clinical Medicine & Research**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 58-64, jun. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504659/>. Acesso em: 7 abr. 2019.

FIGUEIREDO, S.; KORNER-BITENSKY, N.; ROCHETTE, A.; DESROSIERS, J. Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: a structured review of its psychometric properties. **Disabil Rehabil**, [S. l.], v. 32, p. 705-712, 2010.

FLANSBJER, U. B.; DOWNHAM, D.; LEXELL, J. Knee muscle strength, gait performance, and perceived participation after stroke. **Arch Phys Med Rehabil**. [S. l.], v. 87, n. 7, p. 974-80, jul. 2006.

FREITAS, P. R. *et al.* Test D'évaluation Des Membres Supérieurs Des Personnes Âgées+ (TEMPA) to assess upper limb activity in Parkinson's disease. **Journal of Hand Therapy**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 320-327, jul./ sep. 2016.

FUGL-MEYER, A. R. Post-stroke hemiplegia assessment of physical properties. **Scand J Rehabil Med Suppl**, [s. l.], v. 7, p. 85-93, 1980.

HARRIS, J. E.; ENG, J. J. Paretic upper-limb strength best explains arm activity in people with stroke. **Phys Ther**, [S. l.], v. 87, n.1, p. 88-97, 2007.

HOLSBEEKE L.; KETELAAR, M.; SCHOEMAKER, M. M.; GORTER, J. W. Capacity, capability, and performance: different constructs or three of a kind? **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 90, n. 5, p. 849-855, 2009.

KIJOWSKI, S. Difficulties in post-stroke gait improvement caused by post-stroke depression. **Chin Med J (Engl)**, [s. l.], v. 127, n. 11, p. 2085-2090, 2014.

LEMMENS, R. J.; TIMMERMANS, A. A.; JANSSEN-POTTEN, Y. J.; SMEETS, R. J.; SEELEN, H. A. Valid and reliable instruments for arm-hand assessment at ICF activity level in persons with hemiplegia: a systematic review. **BMC Neurol**, [S. l.], v. 12, n. 21, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352056/>. Acesso em: 7 jun. 2019.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 6. ed. rev.e amp..São Paulo: Edusp, 2008. 40 v.

MAKI, T. *et al.* Estudo de confiabilidade da aplicação da Escala de Fugl-Meyer no Brasil. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 177-183, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n2/v10n2a06.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MICHAELSEN, S. M.; NATALIO, M.; SILVA, A. G.; PAGNUSSAT, A. S. Confiabilidade da tradução e adaptação do Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Agées (TEMPA) para o português e validação para adultos com hemiparesia. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 6, p. 511-519, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-3552008000600013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-3552008000600013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 4 jun. 2019.



MICHAELSEN, S. M.; ROCHA, A. S.; KNABBEN, R. J.; RODRIGUES, L. P.; FERNANDES, C. G. C. Tradução, adaptação transcultural e confiabilidade interexaminadores do manual de administração da escala de Fugl-Meyer. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552011000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000100013). Acesso em: 2 jun. 2019.

NOREAU, L.; DESROSIERS, J.; ROBICHAUD, L.; FOUGEYROLLAS, P.; ROCHETTE, A.; VISCOGLIOSI, C. Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. **Disabil Rehabil**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 346-352, mar. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003. 336p.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600008). Acesso em: 10 abr. 2019.

PARKER, K. *et al.* Ambulation of people with lower-limb amputations: relationship between capacity and performance measures. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 91, n. 4, p.543-549, apr. 2010. DOI: 10.1016/j.apmr.2009.12.009.

PENTA, M.; TESIO, L.; ARNOULD, C.; ZANCAN, A.; THONNARD, J-L. The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients. **Stroke**, [s. l.], v. 32, n. 7, p. 1627-1634, 2001. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.STR.32.7.1627>. Acesso em: 7 abr. 2019.

ROBINSON-SMITH, G. JOHNSTON, M. ALLEN, J. Self-care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 81, n. 4, p. 460-464, 2000. DOI: 10.1053/mr.2000.3863.

Rowland L. P. **Merrit - Tratado de neurologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1997.

ROZON, J.; ROCHETTE, A. Changes in life habits affected by mild stroke an their association with depressive symptoms. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 495-501, 2015. DOI: 10.2340/16501977-1959. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/html/10.2340/16501977-1959>. Acesso em: 7 abr. 2019.

SACCO, R. L. Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke. **Neurology**, [s. l.], v. 49, p. 39-44,1997.DOI:10.1212/WNL.49.5\_Suppl\_4.S39.

SILVA, M. S. *et al.* Impact of depression following a stroke on the participation component of the International

Classification of Functioning, Disability and Health. **Disabil Rehabil**, [s. l.], v. 38, n. 18, p. 1830-1835, sep. 2016. DOI: 10.3109/09638288.2015.1107774.

SOUSA, R. L. *et al.* Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a05v56n2.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2019.

SULLIVAN, K. J. *et al.* Fugl-Meyer Assessment of Sensorimotor Function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials. . **Stroke**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 427-432, 2011. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.110.592766>. Acesso em: 7 abr.

TANAKA, A. F. D.; SCHEICHER, M. E. Relação entre depressão e desequilíbrio postural em idosos que sofreram acidente vascular encefálico. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 315-320, abr./jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502013000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502013000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 7 abr.

TANG, W. K. *et al.* Can the geriatric depression scale detect poststroke depression in Chinese elderly? **J Affect Disord**, [s. l.], v. 81, n. 2, p. 153-156, ago. 2004.

TERRONI, L. M. N. *et al.* Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.100-108, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000900006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900006). Acesso em: 7 abr. 2019.

TSE, T. *et al.* Measuring participation after stroke: a review of frequently used tools. **Arch Phys Med Rehabil**, [s. l.], v. 94, n. 1, p. 177-192, jan. 2013.

WILLIAMS, S.; MURRAY, C. The lived experience of older adultsq occupational adaptation following a stroke. **Aust Occup Ther J**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 39-47. 2013. DOI: 10.1111/1440-1630.12004.

## ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Preditores da restrição na participação social em hemiparéticos.

**Área Temática:**

Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 06609312.0.0000.5149

**Pesquisador:** Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela

**Instituição:** Escola de Educação Física da Universidade  
Federal de Minas Gerais

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 113.846

**Data da Relatoria:** 01/10/2012

#### Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo transversal que será desenvolvido pela doutoranda Iza de Faria-Fortini do programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da EEEFTO, sob orientação da Profa. Dra. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela. A pesquisa visa caracterizar a função de 80 hemiparéticos, conforme modelo de funcionalidade proposto pela CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), bem como identificar os diferentes aspectos relacionados aos domínios estrutura e função corporal, atividade e fatores contextuais que predizem a participação de indivíduos após o AVE (Acidente Vascular Encefálico), que é descrito como a terceira causa de incapacidade crônica. Serão aplicados questionários e instrumentos de avaliação funcional para descrição das características sociodemográficas, clínicas e do desempenho em cada domínio da CIF. A CIF proporciona uma estrutura conceitual para análise dos fatores que contribuem para o retorno à participação após a ocorrência do AVE. Os preditores da restrição na participação em hemiparéticos são deficiências na função e estrutura corporal como a ocorrência de déficits cognitivos, déficits na função física, redução da função e coordenação motora, alteração do tônus muscular, redução da habilidade e força manual, redução do equilíbrio, redução da força e comprimento muscular, velocidade da marcha e percepção de obstáculos no ambiente. A participação será mensurada através de várias escalas: aplicação do questionário Assessment of Life Habits (LIFE-H)- versão reduzida, versão brasileira da Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (Maki et al., 2006), da Escala de Comprometimento do Tronco (Lima et al., 2008), Lower Extremity Motor Coordination Test, Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Agées, Box and Blocks Test, aplicação do questionário ABILHAND, questionário Measure of the quality of the environment (MQE), Fatigue Severity Scale, General Self-Efficacy Scale e escala de Depressão Geriátrica.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Caracterizar a função de hemiparéticos, conforme o modelo de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); Identificar os diferentes aspectos relacionados aos domínios de estrutura e função corporal, atividade e fatores contextuais que predizem a participação de indivíduos após o AVE.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** A colaboração com o estudo não acarreta nenhum risco específico para os participantes, pois a avaliação não inclui nenhum procedimento invasivo e não envolve nenhum risco além daqueles presentes no dia-a-dia. Os participantes serão submetidos a testes simples e padronizados de desempenho funcional que avaliam estágio de retorno motor, destreza, força muscular, realização de atividades cotidianas e percepção do desempenho e participação social. Os participantes serão avaliados por profissional experiente,

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 31 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** 3134-0945

**Fax:** 3134-0945

**E-mail:** coep@ppq.ufmg.br, coep@reitoria.ufmg.br

sendo que a avaliação poderá ser interrompida se forem observados sinais de cansaço.

**Benefícios:** Espera-se que os resultados contribuam para uma melhor compreensão do desempenho funcional e da restrição na participação social após a ocorrência do AVE, auxiliando os profissionais de reabilitação na seleção de instrumentos de avaliação e no planejamento da intervenção.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é importante, bem estruturada e viável. Seu cronograma de execução relata: tradução e adaptação cultural dos questionários - 01/11/2012 a 31/12/2012, seleção dos voluntários - 01/11/2012 a 31/12/2012, coleta de dados - 01/11/2012 a 31/12/2013, apresentação de resultados parciais em eventos - 01/01/2014 a 31/12/2015, preparação de manuscritos para publicação - 01/01/2014 a 31/12/2015, redação e defesa da tese - 01/01/2016 a 01/08/2016. O orçamento financeiro tem custeio de R\$ 5500,00. Gastos com fotocópias e material de consumo necessário serão arcados com verba de bancada do CNPQ.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes: Folha de Rosto com assinatura da pesquisadora responsável e do Diretor da EEEFTO/UFMG, TCLE, Parecer consubstanciado com aprovação da Assembléia do Departamento de Fisioterapia, projeto de pesquisa, termo de compromisso da pesquisadora e orientadora.

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O TCLE foi reformulado com a inclusão de detalhes das etapas de esforço muscular a que o paciente será submetido, além do tempo médio de duração dos testes (duração máxima da avaliação de três horas, sendo realizados intervalos para repouso). Foi acrescentado espaço para assinatura de acompanhante para o caso do paciente estar impossibilitado de assinar o TCLE devido ao AVE. Ficou definido o local de recrutamento dos pacientes (laboratórios do departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG). Sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 81 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: 3134-0945 Fax: 3134-0945

E-mail: coep@prpq.ufmg.br; coep@reitoria.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



BELO HORIZONTE, 03 de Outubro de 2012

---

Assinado por:  
Maria Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)

## ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE



PREFEITURA  
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Preditores da restrição na participação social em hemiparéticos.

**Pesquisador:** Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 06609312.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 326.216

**Data da Relatoria:** 12/06/2013

#### Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo transversal que será desenvolvido pela doutoranda Iza de Faria-Fortini do programa sob orientação da Prof. Dra Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela. A pesquisa visa caracterizar a função de 80 hemiparéticos, conforme modelo de funcionalidade proposto pela CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), bem como identificar os diferentes aspectos relacionados aos domínios estrutura e função corporal, atividade e fatores contextuais que predizem a participação de indivíduos após o AVE (Acidente Vascular Encefálico), que é descrito como a terceira causa de incapacidade crônica. Serão aplicados questionários e instrumentos de avaliação funcional para descrição das características sociodemográficas, clínicas e do desempenho em cada domínio da CIF. A CIF proporciona uma estrutura conceitual para análise dos fatores que contribuem para o retorno à participação após a ocorrência do AVE. Os preditores da restrição na participação em hemiparéticos são deficiências na função e estrutura corporal como a ocorrência de déficits cognitivos, déficits na função física, redução da função e coordenação motora, alteração do tônus muscular, redução da habilidade e força manual, redução do equilíbrio, redução da força e comprimento muscular, velocidade da marcha e percepção de obstáculos no ambiente. A participação será mensurada através de várias escalas:

aplicação do questionário Assessment of Life Habits (LIFE-H)- versão reduzida, versão brasileira da Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (Makiet al., 2006), da Escala de Comprometimento do Tronco

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br





Continuação do Parecer: 326.216

(Lima et al., 2008), Lower Extremity Motor Coordination Test, Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Agées, Box and Blocks Test, aplicação do questionário ABILHAND, questionário Measure of the quality of the environment (MQE), Fatigue Severity Scale, General Self-Efficacy Scale e escala de Depressão geriátrica.

A participação será mensurada através da aplicação do questionário Assessment of Life Habits (LIFE-H), versão reduzida, composta por 77 itens agrupados em 12 categorias, por sua vez agrupadas em dois sub grupos, o de atividades básicas (37 itens) e o de regras sociais (40 itens). A avaliação do desempenho ou realização de cada um dos hábitos de vida resulta da identificação: 1) do grau de dificuldade para execução (escala ordinal de cinco pontos), e 2) do tipo de assistência requerida (escala ordinal de quatro pontos). Este instrumento também apresenta uma escala de satisfação de cinco pontos (de 1: muito insatisfeito a 5: muito satisfeito), que permite avaliar a análise que o indivíduo tem sobre seu nível de realização ou desempenho dos seus hábitos de vida. Contudo, os resultados desta escala não são considerados no cálculo da pontuação da LIFEH. A pontuação resulta da ponderação do nível de dificuldade e do tipo de assistência, sendo calculado através da seguinte fórmula:  $(\sum \text{pontuações} \times 10) / (\text{número de itens aplicáveis} \times 9)$ . As pontuações totais de cada categoria de hábitos de vida estão compreendidos entre 0 e 9, sendo que 0 indica total restrição na participação e 9 significa participação ótima (Fougeyrollas et al., 2001). É relatada confiabilidade intra examinador (ICC=0.95) e

entre examinadores (0.89) excelente para o escore total (Noreau et al., 2004). Para fins de aplicação neste estudo, encontra-se em desenvolvimento estudo de tradução e adaptação cultural.

Quanto aos procedimentos a que serão submetidos os sujeitos da Pesquisa o TCLE informa que:

A forma como você realiza atividades cotidianas será medida através da realização de testes de força muscular, coordenação, demonstração de execução de atividades cotidianas e questionários sobre a execução em seu dia-a-dia de tarefas relacionadas a nutrição, condicionamento físico, cuidados pessoais, comunicação, moradia, mobilidade, responsabilidades, relacionamentos interpessoais, vida em comunidade, educação, emprego e recreação. A duração máxima da avaliação é de três horas, sendo que serão realizados intervalos para repouso.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Caracterizar a função de hemiparéticos, conforme o modelo de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); Identificar os diferentes aspectos relacionados aos domínios de estrutura e função corporal, atividade e

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 326.216

fatores contextuais que predizem a participação de indivíduos após o AVE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE a Pesquisadora assim esclarece:

**RISCOS:**

O Sujeito da Pesquisa poderá sentir dores musculares durante e após os testes, pois os testes exigem um esforço físico maior do que aquele que você realiza no seu dia a dia. Para minimizar a ocorrência deste desconforto, será realizado um período de descanso entre as medidas.

**BENEFÍCIOS**

Os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico, podendo estabelecer novas propostas de avaliação de indivíduos que tenham a mesma doença que você.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, bem fundamentada e viável. Apresenta cronograma de execução e orçamento financeiro compatíveis com objetivos pretendidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto assinada pelo pesquisador responsável, Carta de Anuência de todas as instituições envolvidas e modelo de TCLE. Foram apresentados os questionários a serem aplicados aos sujeitos da pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 196/96, considera aprovado o projeto Preditores da restrição na participação social em hemiparéticos.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br





**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/  
SMSA-BH**



Continuação do Parecer: 326.216

ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 196/96. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 04 de Julho de 2013

---

**Assinador por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

**Bairro:** Funcionários

**CEP:** 30.130-007

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** Nº \_\_\_\_\_

**Investigadores:** Iza de Faria-Fortini

**Orientadora :** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela

### **TÍTULO DO PROJETO**

**PREDITORES DA RESTRIÇÃO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM HEMIPARÉTICOS  
INFORMAÇÕES**

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar o desempenho em testes e tarefas funcionais em pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVC). Este projeto será desenvolvido como tese de doutorado no programa de pós graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

### **DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS**

Inicialmente, serão coletadas informações para a sua identificação, além de alguns parâmetros clínicos. Para garantir o seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome.

A forma como você realiza atividades cotidianas será medida através da realização de testes de força muscular, coordenação, demonstração de execução de atividades cotidianas e questionários sobre a execução destas tarefas em seu dia-a-dia. A duração máxima da avaliação é de três horas, sendo que serão realizados intervalos para repouso.

### **RISCOS**

Você poderá sentir dores musculares durante e após os testes, pois os testes exigem um esforço físico maior do que aquele que você realiza no seu dia a dia. Para minimizar a ocorrência deste desconforto, será realizado um período de descanso entre as medidas.

### **BENEFÍCIOS**

Os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico, podendo estabelecer novas propostas de avaliação de indivíduos que tenham a mesma doença que você.

### **NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR**

A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento.

### **GASTOS FINANCEIROS**

Os testes, e todos os materiais utilizados na pesquisa não terão custo para você.

### **USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigo científico; porém, sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

## DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:

Iza de Faria-Fortini: (0XX31) 9137-2995

Prof<sup>a</sup>. Dra. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela (0XX31) 3409-4783

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Acompanhante

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_

Data

**Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 . Unidade Administrativa II - 2º andar . Sala 2005. CEP: 31270-901 . BH . MGTelefax: (31) 3409-4592 E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)