

Érika de Freitas Araújo

**DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS PÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

Érika de Freitas Araújo

**DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS PÓS
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de Pesquisa: Estudos em Reabilitação Neurológica do Adulto

Orientadora: Prof^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Ph.D.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

A658d Araújo, Érika de Freitas
2018 Determinantes da autopercepção de saúde de indivíduos pós acidente vascular cerebral usuários da atenção primária à saúde. [manuscrito] / Érika de Freitas Araújo – 2018.
76 f., enc.: il.

Orientadora: Christina Danielli Coelho de Morais Faria

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 46-56

1. Acidentes vasculares cerebrais – Teses. 2. Reabilitação – Teses. 3. Saúde – Teses. I. Faria, Christina Danielli Coelho de Morais. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 796.015

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Danilo Francisco de Souza Lage, CRB 6: n° 3132, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

ATA DE NÚMERO 273 (DUZENTOS E SETENTA E TRÊS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ÉRIKA DE FREITAS ARAÚJO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Aos 11 (onze) dias do mês de julho do ano de dois mil e dezoito, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “**DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”. A banca examinadora foi constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Iza de Faria-Fortini e Aline Alvim Scianni, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 08h30min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Marilane Soares, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de julho de 2018.

Professora Dra. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Professora Dra. Iza de Faria-Fortini

Professora Dra. Aline Alvim Scianni

Marilane Soares 084190

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA REABILITAÇÃO / EEFFTO
AV. ANTÔNIO CARLOS, Nº 6627 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO
PAMPULHA - CEP 31270-901 - BH / MG

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de ÉRIKA DE FREITAS ARAÚJO intitulada “DETERMINANTES DA AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Profa. Dra. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria	Aprovada	<i>Christina</i>
Profa. Dra. Iza de Faria-Fortini	Aprovada	<i>Iza de Faria Fortini</i>
Profa. Dra. Aline Alvim Scianni	Aprovada	<i>Aline Alvim Scianni</i>

Belo Horizonte, 11 de julho de 2018.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA REABILITAÇÃO / EEFFTO
AV. ANTÔNIO CARLOS, Nº 6627 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO
PAMPULHA - CEP 31270-901 - BH / MG

À minha filha, Elis, por me ensinar o que é o amor...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me deu a vida e iluminou os caminhos com seu amor incondicional para que eu chegasse até aqui. Senti o seu cuidado a cada passo que dei, meu Pai, e fui amparada por Ti a cada dificuldade. Quero te louvar e agradecer por tudo e que toda honra e glória sejam dadas a Ti.

Aos meus amados pais, agradeço pelo incentivo e infinito amor. Vocês são e sempre serão o meu porto seguro. Obrigada pela torcida, pelas orações, pelo apoio durante a coleta de dados e por se desdobrarem para que eu alcançasse os meus objetivos. Enfim, agradeço por fazerem do meu sonho o sonho de vocês também. Amo vocês.

À minha filha, Elis, luz dos meus dias, agradeço por existir. Você esteve comigo durante toda a caminhada, desde o meu ventre, por isso, senti as minhas angústias e as minhas alegrias como ninguém. Vivenciar a experiência da maternidade juntamente com os estudos na pós-graduação não foi uma tarefa fácil, mas, cada sorriso seu fazia tudo valer a pena. Nossas madrugadas foram agitadas e divididas entre leituras, amamentação, escrita e aconchego. Obrigada por ser uma filha doce, carinhosa, tranquila e sorridente. Amo você infinitamente. Essa conquista é nossa.

Ao meu marido, Luiz Fernando, agradeço pela paciência ao vivenciar essa caminhada comigo e por compreender a minha ausência nos momentos de maior dedicação aos estudos. Obrigada pelo seu companheirismo, carinho e amor. Sua postura de pai, sempre tão amoroso e cuidadoso, certamente me auxiliou muito, pois, durante todo o percurso do mestrado eu sabia que tinha com quem partilhar a missão do cuidado com nossa filha. Amo você.

À minha irmã Débora, meu cunhado Paulo Vitor e minhas sobrinhas, Helena e Beatriz, agradeço por sempre torcerem por mim.

Agradeço também à minha orientadora, Christina Faria, por partilhar comigo seus conhecimentos e me guiar nesse percurso. O amor com que você exerce a sua função como professora e pesquisadora são uma verdadeira inspiração. Obrigada por todo carinho e pela rigidez tão necessária com que conduziu os meus estudos. Tenho muito orgulho de ser “cria da Chris”.

Às queridas Camila, Sherindan e Maria Teresa, alunas de iniciação científica, agradeço pelo auxílio na coleta de dados e organização do banco de dados. Obrigada pela parceria, comprometimento e competência. Vocês certamente serão excelentes profissionais.

Ao Ramon, companheiro na escrita de nosso artigo de revisão sistemática, agradeço pela parceria. Mesmo à distância, aprendi muito com você durante a construção desse projeto. Agradeço também pela atenção e sensibilidade na ocasião da minha gestação.

Ao grupo de pesquisa, Neurogroup, agradeço por toda inspiração e pela dedicação em fomentar os estudos em reabilitação neurológica do adulto.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha formação durante o mestrado por agregarem além de conhecimento científico, exemplos de didática, respeito aos alunos, amor pela pesquisa e pela docência.

Agradeço aos colegas de turma pelo companheirismo e aos funcionários do Colegiado de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação por todo auxílio.

À minha gerente, Leila, do Centro de Referência em Reabilitação (CREAB – Leste), sou grata pelo incentivo e apoio à minha formação.

Aos profissionais da unidade básica de saúde onde coletei parte dos dados para esse estudo, especialmente aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), agradeço pelo auxílio na identificação dos indivíduos acometidos pelo AVC.

Em especial, agradeço aos indivíduos acometidos pelo AVC, que generosamente se dispuseram a participar desse estudo e foram essenciais para sua concepção. Espero que esse e outros estudos na área impulsionem melhorias na assistência a vocês no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Finalmente, agradeço pelo suporte financeiro provido pelas agências de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPq/UFMG). Agradeço, também, à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) pela autorização para realização deste estudo.

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma condição de saúde com alta incidência e prevalência e grande causadora de morte e incapacidades em todo o mundo. A autopercepção de saúde é uma medida simples de como o indivíduo avalia a sua própria saúde e muito informativa sobre este construto importante e complexo. O objetivo deste estudo foi investigar se variáveis de funcionalidade e incapacidade, que apresentam potencial de serem modificadas pela reabilitação, podem ser determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária à saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais (BH/MG). Foi realizado estudo transversal exploratório com indivíduos pós-AVC e usuários da atenção primária à saúde de quatro unidades básicas de saúde (UBS) de BH/MG, após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (CAAE:14038313.4.0000.5149). A amostra foi composta por todos os indivíduos identificados pelos profissionais de saúde das UBS como usuários da unidade e que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: história de AVC ≥ 6 meses, idade ≥ 20 anos, que viviam na comunidade da área de abrangência das UBS e possuíam cadastro nas mesmas e aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram afasia motora e/ou sensitiva (observado pelo examinador no início do contato com o indivíduo), possível comprometimento cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental - MEEM) ou não realizaram os testes utilizados para mensurar as variáveis do estudo. A variável dependente foi a autopercepção de saúde, mensurada utilizando-se a primeira pergunta da versão brasileira do *Short Form Health Survey* (SF-36) (“Em geral, você diria que a sua saúde é”) e que possui cinco opções de resposta. Esta variável foi dicotomizada em “autopercepção de saúde boa” (“excelente”, “muito boa” e “boa”) e “autopercepção de saúde ruim” (“ruim” e “muito ruim”). As variáveis independentes ou potenciais determinantes foram organizadas segundo os componentes de funcionalidade e incapacidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo elas: do componente de estrutura e função do corpo, força muscular (Teste do Esfigmomanômetro Modificado – TEM) e função emocional (Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida – GDS-15); do componente atividade, habilidade manual (Questionário ABILHAND) e habilidade de locomoção (Questionário ABILOCO); e do componente participação, pontuação total nos itens de Participação da *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL). Foi utilizada análise de regressão logística binária, pelo método *Enter*, e as associações foram expressas na forma de *odds ratio* (OR) ($\alpha=5\%$). A amostra foi composta por 64 indivíduos, com idade média de 66 ± 12 anos, 53% do sexo feminino, com tempo mediano de evolução do AVC de $45,5\pm 71,7$ meses. A maioria dos indivíduos foi classificada no grupo “autopercepção de saúde boa” (“excelente”, “muito boa” e “boa”): 70,3%. Foi identificada associação significativa com a autopercepção de saúde para a variável independente função emocional (OR=7,119; IC 95%=1,688-30,031). Esta importante relação entre a autopercepção de saúde e a função emocional, comumente reportada como sintomas depressivos, é ainda pouco explorada na população pós-AVC. A função emocional é considerada uma variável modificável e, portanto,

programas de intervenção que já se mostraram eficazes na melhora deste desfecho têm potencial para melhorar também a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC. Ainda são escassos os estudos experimentais que mediram a eficácia de intervenções para melhorar a autopercepção de saúde desses indivíduos. Recomendam-se novos estudos para medir a eficácia de intervenções nos quais estes dois desfechos estejam envolvidos. As avaliações da autopercepção de saúde e da função emocional de indivíduos pós-AVC são recomendadas no contexto da atenção primária à saúde (APS) por serem de fácil aplicação e pelo potencial de auxiliar no direcionamento de ações para o cuidado integral à saúde dessa população.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Autopercepção de saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Stroke is a health condition with high incidence and prevalence, being a great causing of death and disabilities around the world. Self-rated health is a simple measure of how the individual evaluate your own health and it is very informative about this important and complex construct. The aim of this study was to investigate if variables representing functioning and disability, with potential to be modified by rehabilitation, could be determinants of self-rated health in individuals with stroke, patients of the primary health care of Belo Horizonte/Minas Gerais (BH/MG). A cross sectional study was developed with individuals with stroke, patients of the primary health care of four basic health units (UBS) of BH/MG, after approval by the Ethical Commitment of the Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) and of the Secretaria Municipal de Saúde of Belo Horizonte (SMSA-BH) (CAAE:14038313.4.0000.5149). The sample was consisted for all individuals identified by the health professionals as users of the UBS and presenting the following inclusion criterion: history of stroke ≥ 6 months, ≥ 20 years old, living in the community area of UBS and with UBS registration and that voluntarily accept to participate of the study. The following individuals were excluded: with presence of motor and/or sensitive aphasia (observed for the examiner at the beginning of the contact with the individual), with possible cognitive impairment (Mini Mental State Examination – MEEM), or unable to perform the tests of the study. The dependent variable was self-rated health, measured by the first question of the Brazilian version of *Short Form Health Survey* (SF-36) (“In general, would you say your health is”) and that has five options of response. This variable was dichotomized into “good self-rated health” (“excellent”, “very good” and “good”) and “poor self-rated health” (“fair” and “poor”). The independent variables or potential determinants was organized to represent functioning and disability according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): from body structure and function domain, muscle strength (Modified Sphygmomanometer Test – TEM) and emotional function (Geriatric Depression Scale short version – GDS-15); from activity domain, manual skills (ABILHAND) and locomotion skills (ABILOCO); and from participation domain, total score in the participation itens of the *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL). Binary logistic regression by the Enter method was used and associations were presented as odds ratio (OR) ($\alpha=5\%$). The sample was composed by 64 individuals, mean age 66 ± 12 years old, 53% women and median of time in months since stroke 45.5 ± 71.7 months. Most of the individuals were into the group “good self-rated health” (“excellent”, “very good” and “good”): 70.3%. The analysis revealed that self-rated health was significantly associated with emotional function (OR=7.119, 95% CI=1.688-30.031, $p=0.008$). This important relation between self-rated health and emotional function, commonly reported as depressive symptoms, is still little explored in stroke population. Emotional function is considered a modified variable and so intervention programs that improved emotional function in stroke population has potential to improve self-rated health too. Randomized controlled trials that measure the efficacy of interventions to improve self-rated health of these individuals are scarce. New studies for measure the efficacy of interventions for both outcomes are recommended. Self-rated health and emotional function evaluation are

recommended in the primary health care because they are easy to apply and have potential to help in directing actions for the integration health care of stroke population.

Keywords: Stroke. Self-rated health. International classification of functioning, disability and health. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
BH	Belo Horizonte
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SSQOL	<i>Stroke Specific Quality of Life</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEM	Teste do Esfigmomanômetro Modificado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
ZRE	Resíduos Padronizados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivo	21
2 MATERIAIS E MÉTODOS	22
2.1 Amostra	22
2.2 Cálculo amostral	23
2.3 Variáveis do estudo	23
2.3.1 Variável dependente	23
2.3.2 Variáveis independentes ou potenciais determinantes	24
2.4 Procedimento de coleta de dados	27
2.5 Análise dos dados	28
3 RESULTADOS	29
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	57
ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH)	58
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
ANEXO D - Parte da versão brasileira do <i>Short Form Health Survey</i> (SF-36)	63
ANEXO E - Versão brasileira da <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS-15)	64
ANEXO F - Versão brasileira do questionário ABILHAND	65
ANEXO G - Versão brasileira do questionário ABILOCO	66
ANEXO H - Parte da versão brasileira do <i>Stroke Specific Quality of Life</i> (SSQOL) ..	67
ANEXO I - Ficha de avaliação	68
ANEXO J – Versão brasileira da escala de <i>Fugl Meyer</i>	74

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma condição de saúde grave com alta incidência (THRIFT *et al.*, 2017; FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017) e prevalência em todo o mundo (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017). O AVC é considerado a quinta maior causa de morte no mundo (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), sendo responsável por uma em cada 20 mortes nos Estados Unidos da América (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016). Esta condição de saúde também é a segunda maior causa de incapacidades em países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017). No Brasil, em inquérito epidemiológico realizado em 2013, foi estimado que 568.000 pessoas estariam acometidas com incapacidades graves pós-AVC (BENSENOR *et al.*, 2015). Dados epidemiológicos acerca da população do estado de Minas Gerais (MG) e da capital Belo Horizonte (BH), similarmente aos dados mundiais e nacionais, apontam para o acometimento dos sobreviventes do AVC por incapacidades diversas (GIACOMIN *et al.*, 2008; LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016).

O perfil epidemiológico de indivíduos acometidos pelo AVC, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, foi identificado no município de Diamantina/MG, sendo encontrados déficits funcionais relevantes nesta população (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009). O perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo AVC e usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) de BH/MG também foi identificado, evidenciando a presença de incapacidades na maioria da população estudada (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). Mourão *et al.* (2017) desenvolveram estudo em um hospital de BH/MG em que foi investigado o perfil de pacientes com diagnóstico de AVC. Esse estudo não contemplou informações acerca da funcionalidade e incapacidade dessa população, porém, evidenciou número expressivo de pacientes internados com essa condição de saúde: 223 pacientes em apenas seis meses (MOURAO *et al.*, 2017). Em estudo com pessoas idosas, residentes na região metropolitana de BH/MG, o AVC foi a condição de saúde mais fortemente associada à incapacidade funcional grave (GIACOMIN *et al.*, 2008). A complexidade do problema de saúde dessa parcela da população acometida pelo AVC está justamente no enfrentamento de incapacidades adquiridas, frequentemente de forma abrupta e repentina, necessitando de ações de

saúde integradas e efetivas por parte dos órgãos competentes.

Dentre as condições crônicas de saúde não transmissíveis, o AVC tem recebido atenção especial no Brasil por parte do Ministério da Saúde, que devido ao aumento da população acometida por essa condição de saúde e entendendo a necessidade de uma ação integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), publicou, em 12 de abril de 2012, a Portaria MS/GM nº 665, que institui a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2012). Esta Linha de Cuidados tem por objetivos reduzir a morbimortalidade por AVC no país, promovendo o cuidado integrado e continuado ao indivíduo com AVC, bem como impactar no nível do conhecimento da população acerca dessa condição de saúde, seus sinais e sintomas (LINHA..., 2018). Para a estruturação da Linha de Cuidados em AVC, alguns dispositivos do SUS, que são organizados em rede, de forma hierarquizada e descentralizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), passam a constituir essa Linha de Cuidados.

Um dos componentes que constituem a Linha de Cuidados em AVC é a atenção primária à saúde (APS), que se caracteriza por um "conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.19). A APS se orienta e se organiza pelos princípios do SUS e deve ser preferencialmente o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse contexto, diversas ações cabem a APS, as quais variam segundo o tempo de acometimento pelo AVC. No evento agudo, cabe a APS acolher o indivíduo com suspeita de AVC em um primeiro atendimento, avaliar de acordo com os protocolos de atenção em AVC e encaminhar adequadamente a outros pontos da rede, como os serviços de urgência (LINHA..., 2018). Após a alta de instituições hospitalares, cabe a APS o acompanhamento do indivíduo pós-AVC e a discussão de caso e atendimento pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando à reabilitação do indivíduo e se for verificada a necessidade, o encaminhamento para tratamento de reabilitação ambulatorial, sempre mantendo seu papel de coordenadora do cuidado (LINHA..., 2018). Cabe a ela, também, o uso de suas ações para a promoção da saúde, prevenção e controle dos fatores de risco para o AVC (LINHA..., 2018).

A APS de Belo Horizonte utiliza como modelo de assistência a Estratégia de Saúde da Família, seguindo os princípios do SUS e as diretrizes da Política de Atenção Básica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018). No município existem nove regiões geográficas denominadas distritos sanitários, sendo eles: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Em Belo Horizonte, os serviços de saúde se organizam de forma regionalizada de acordo com esses distritos e esta cidade apresenta, atualmente, 152 centros de saúde e 588 equipes de saúde da família (ESF) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018). Como coordenadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento longitudinal de indivíduos do seu território de abrangência, a APS em Belo Horizonte e no Brasil é potencialmente o vínculo mais próximo dos indivíduos com a atenção à saúde no SUS, o que possibilita uma avaliação constante de suas necessidades de saúde.

A avaliação das necessidades de saúde dos indivíduos do território de abrangência das UBS é uma das características do processo de trabalho das ESF da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e seria de extrema relevância que a determinação da autopercepção de saúde fizesse parte desta avaliação. Esta é uma medida simples e subjetiva de como os indivíduos avaliam a sua própria saúde, permite a avaliação de aspectos físicos, mentais e sociais (AMBRESIN *et al.*, 2014; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2016) e é um indicador de saúde da população recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013).

A autopercepção de saúde tem sido amplamente reportada na literatura como uma medida preditora de mortalidade (IDLER; BENYAMINI, 1997; HEISTARO, 2001; DESALVO, 2005; VEJEN, 2017), morbidades (AMBRESIN *et al.*, 2014; DONG *et al.*, 2017) e declínio funcional (IDLER; KASL, 1995; HILLEN *et al.*, 2003; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2016; HIROSAKI *et al.*, 2017) em diferentes populações. Ela também vem sendo utilizada como desfecho principal e secundário em estudos com objetivos diversos (GALÁN *et al.*, 2013; WENBERG *et al.*, 2013; AMBRESIN *et al.*, 2014; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2016), além de estar sendo incluída como uma das avaliações realizadas em estudos de base populacional nacionais

(SZWARCOWALD *et al.*, 2005; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013) e internacionais (PELAEZ *et al.*, 2005; MANSYUR *et al.*, 2008).

A mensuração da autopercepção de saúde é realizada questionando os indivíduos sobre seu estado geral de saúde (por exemplo: “Em geral, você diria que a sua saúde é”) e a resposta envolve a seleção de uma categoria, dentre quatro ou cinco categorias de classificação (JYLHÄ, 2009). Entretanto, há outras formas empregadas para mensurar a autopercepção de saúde, como, por exemplo, a solicitação aos indivíduos para comparar o seu estado de saúde atual com o de seus pares (JYLHÄ, 2009) ou comparar o seu estado de saúde atual com relação a um período anterior, por exemplo, o último ano (CERNIAUSKAITE *et al.*, 2012; SHEN *et al.*, 2014). A redação da pergunta empregada para avaliar a autopercepção de saúde e suas opções de resposta podem variar, e mesmo com essas diferenças, a concordância entre as diversas opções encontradas já foi estabelecida (JÜRGES; AVENDANO; MACKENBACH, 2007; JÜRGES; AVENDANO; MACKENBACH, 2008; JYLHÄ, 2009).

Em estudo recente realizado com indivíduos pós-AVC e usuários da APS de uma UBS de BH/MG, que teve como objetivo descrever o seu perfil funcional, a autopercepção de saúde foi uma das variáveis de interesse (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). A autopercepção de saúde foi classificada como “razoável” por grande parte dos participantes (47,2%), seguida da resposta “ruim” (13,9%). A maioria dos participantes apresentou incapacidades (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). Entretanto, neste estudo, não houve nenhuma exploração dos dados acerca da relação entre essas incapacidades e a autopercepção de saúde (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). Além disso, não foi encontrado nenhum estudo sobre os determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC brasileiros (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Segundo os resultados de uma recente revisão sistemática sobre a autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC (ARAÚJO *et al.*, 2018), foi encontrado um único estudo, que foi realizado no exterior, acerca dos determinantes da autopercepção de saúde nesses indivíduos (MAVADDAT *et al.*, 2013). Nele, foram comparados os fatores preditores de autopercepção de saúde em uma amostra de idosos da comunidade, com (n=776) e sem (n=11.181) histórico de AVC,

residentes na Inglaterra. Neste estudo, foram considerados como possíveis determinantes variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, tipo de moradia, classe social), variáveis relacionadas a hábitos de vida (uso de álcool e de cigarro), além das comorbidades, do estado funcional, do histórico de depressão, possível comprometimento cognitivo e questões sociais (convívio com filhos, vizinhos, amigos, bem como a participação em grupos e a frequência com que saem de casa). Após análise estatística, concluiu-se que os aspectos sociais foram fortemente associados à autopercepção de saúde ruim em ambos os grupos. Além disso, na amostra de idosos com histórico de AVC, a presença do diabetes como comorbidade também demonstrou estar relacionada a autopercepção de saúde ruim (MAVADDAT *et al.*, 2013).

De acordo com os resultados desta mesma revisão sistemática (ARAÚJO *et al.*, 2018), a autopercepção de saúde ruim foi associada significativamente à condição de saúde AVC em diversos estudos (HOEYMANS *et al.*, 1999; MUNTNER *et al.*, 2002; HILLEN *et al.*, 2003; SAND *et al.*, 2015; LARSEN *et al.*, 2016 a; MAVADDAT *et al.*, 2016) e esta associação também foi encontrada quando na presença de problemas visuais pós-AVC (SAND *et al.*, 2015) e em combinação com o diabetes (OTINIANO *et al.*, 2003) e outras condições de saúde (HAN; SMALL; HALEY, 2008). Esse desfecho também apresentou associação significativa com a mobilidade (avaliada por um índice de mobilidade do membro superior e inferior) e a limitação em atividades de vida diária (avaliada pelo Índice de Katz) (BOYINGTON; HOWARD; HOLMES, 2008), a funcionalidade (avaliada pelo WHODAS II) (CERNIAUSKAITE *et al.*, 2012), o estado afetivo-emocional e o convívio social (avaliados pelo COOP/WONCA) (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2006), além do retorno e estabilidade em atividades de trabalho pós-AVC (LARSEN *et al.*, 2016 b). Além disso, dentre as intervenções propostas nos quatro estudos longitudinais experimentais incluídos na revisão, duas se mostraram eficazes para melhorar a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC: um programa psicoeducacional domiciliar sobre cuidados em saúde no AVC (OSTWALD *et al.*, 2014) e envolvimento familiar associado à reabilitação funcional (CHANG *et al.*, 2015).

Estudos acerca dos determinantes da autopercepção de saúde em idosos e na população em geral são mais numerosos e com resultados mais consistentes

(ALVES; RODRIGUES, 2005; SINGH-MANOUX *et al.*, 2006; MAVADDAT *et al.*, 2011). Dentre os resultados descritos por esses estudos, estão a associação significativa entre a autopercepção de saúde e aspectos físicos, avaliados por meio dos domínios do *Short Form Health Survey* (SF-36) (MAVADDAT *et al.*, 2011) e também a associação significativa entre medidas de saúde, mental e física, e a autopercepção de saúde de trabalhadores da Europa (SINGH-MANOUX *et al.*, 2006). Em outro estudo com idosos, foi demonstrado que a presença de doenças crônicas, a capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda apresentaram forte associação com a autopercepção de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Em indivíduos pós-AVC, não foram encontrados estudos que investigassem como possíveis determinantes da autopercepção de saúde um conjunto de variáveis que pudessem caracterizar funcionalidade e incapacidade (ARAÚJO *et al.*, 2018). Para que seja possível organizar estudos dessa natureza, faz-se necessária a estrutura conceitual de um modelo de funcionalidade e incapacidade, como forma de arcabouço teórico.

A estrutura conceitual do modelo de funcionalidade e incapacidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003) pode ser útil na compreensão da condição de saúde AVC (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; FARIA-FORTINI, I. *et al.*, 2017), sabidamente tão incapacitante e desafiadora para os órgãos de saúde (MARTINS *et al.*, 2013; BENSENOR *et al.*, 2015; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016). A funcionalidade e incapacidade humana e suas relações com as condições de saúde e os fatores contextuais são os elementos centrais desta classificação. Nesta perspectiva, a funcionalidade é descrita nos componentes estrutura e função do corpo, atividade e participação e, similarmente, a incapacidade abrange deficiência na estrutura e função do corpo, limitação de atividade e restrição na participação (OMS, 2003). A autopercepção de saúde é uma medida válida de saúde (JYLHÄ, 2009) em seu conceito mais amplo (WHO, 2004) e a exploração de suas interfaces com o modelo da CIF, que também trata de saúde, pode auxiliar na melhor compreensão da autopercepção de saúde, dentro de uma perspectiva que dialogue com este modelo.

Foram encontrados apenas dois estudos (ARNADOTTIR *et al.*, 2011; TIERNAN *et al.*, 2017) acerca dos determinantes ou fatores relacionados a

autopercepção de saúde que utilizaram como estrutura conceitual o modelo da CIF. O estudo de Arnadottir *et al.* (2011) teve como participantes 185 islandeses, idosos, residentes na comunidade, em área urbana (63%) e rural (37%). A autopercepção de saúde foi avaliada pela primeira pergunta do SF-36. As variáveis independentes desse estudo foram organizadas de acordo com os cinco componentes da CIF: estrutura e função do corpo (dor, sintomas depressivos, função cognitiva e equilíbrio), atividade (mobilidade, capacidade básica e avançada da extremidade inferior e capacidade da extremidade superior), participação (frequência e restrição de participação em situações de vida), fatores pessoais (atividades de lazer, domésticas e de trabalho, diagnóstico médico, idade e sexo) e ambientais (área de residência e renda). Nesse estudo, as variáveis sintomas depressivos (OR ajustado= 0,79; $p < 0,001$), capacidade avançada da extremidade inferior (OR ajustado= 1,05; $p < 0,001$), capacidade da extremidade superior (OR ajustado= 1,13; $p = 0,040$), atividades domésticas (OR ajustado= 1,01; $p = 0,016$) e idade (OR ajustado= 1,09; $p = 0,006$), foram reportadas como independentemente associadas à melhor autopercepção de saúde. Para estes autores, o uso do arcabouço teórico da CIF em seu estudo serviu para facilitar e ampliar o entendimento acerca do desfecho autopercepção de saúde (ARNADOTTIR *et al.*, 2011).

O estudo de Tiernan *et al.* (2017) teve como participantes 30 idosos, americanos, residentes na comunidade, que foram questionados sobre sua percepção de saúde em uma escala de 5 pontos (1= *poor* – 5= *excellent*). As variáveis independentes desse estudo também foram organizadas de acordo com os cinco componentes da CIF e ressalta-se que foram priorizadas variáveis relacionadas à mobilidade: estrutura e função do corpo (índice de massa corporal, força muscular extensora de joelho e equilíbrio), atividade (parâmetros espaço-temporais da marcha), participação (número de restrições na participação), fatores pessoais (sociodemográficos – idade, sexo, raça, nível educacional, situação de emprego, estado civil, anos na residência atual e renda anual) e ambientais (condições da vizinhança). Nesse estudo, o tempo gasto na fase de duplo apoio da marcha demonstrou ser o único preditor da autopercepção de saúde na amostra estudada ($R^2=0,50$; $p = 0,001$). Para Tiernan *et al.* (2017) o uso do modelo da CIF, com sua abordagem multifatorial, auxilia a compreender a saúde e corrobora com a

nova linguagem que vem sendo adotada por associações científicas, que orientam profissionais de reabilitação, como por exemplo, os fisioterapeutas (TIERNAN *et al.*, 2017).

Além dos benefícios de um modelo de funcionalidade, incapacidade e saúde, para compreensão da saúde e uniformização da linguagem, como exemplificado com os estudos de Arnadottir *et al.* (2011) e Tiernan *et al.* (2017), os profissionais de reabilitação também se beneficiam e se orientam pelas pesquisas científicas, para aprimoramento de sua prática profissional. Considerando este aspecto, as variáveis independentes do presente estudo, identificadas como possíveis determinantes da autopercepção de saúde, também foram selecionadas pela possibilidade de serem modificadas pela reabilitação, visando contribuir com a prática clínica dos profissionais de reabilitação (ZHANG *et al.*, 2009; ARNADOTTIR *et al.*, 2011).

Considerando: o AVC como uma condição de saúde complexa e com repercussões importantes com relação à funcionalidade e incapacidade; a relevância do desfecho autopercepção de saúde como uma medida capaz de informar sobre o estado de saúde dos sobreviventes do AVC e ser um indicador de saúde da população; a escassez de estudos sobre determinantes da autopercepção de saúde pós-AVC e a inexistência de estudo realizado com a população brasileira acometida pelo AVC, que tenha pesquisado em conjunto variáveis organizadas segundo os componentes de funcionalidade e incapacidade da CIF; além das potenciais ações da APS para a consolidação do cuidado integral da pessoa com AVC, como preconizado pela Linha de Cuidados em AVC, é relevante entender como os sobreviventes do AVC usuários da APS avaliam o seu estado de saúde, verificando, dentre diferentes variáveis de funcionalidade e incapacidade, quais seriam os determinantes desta autoavaliação.

1.1 Objetivo

Investigar se variáveis de funcionalidade e incapacidade, que apresentam potencial de serem modificadas pela reabilitação, podem ser determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária à saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais (BH/MG).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte”, que está em andamento desde o ano de 2013, e que já foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (CAAE:14038313.4.0000.5149) (ANEXO B). Foi realizado um estudo transversal exploratório com indivíduos com histórico de AVC e usuários da atenção primária à saúde de quatro unidades básicas de saúde (UBS) de BH/MG, situadas nos distritos sanitários Nordeste, Norte, Centro-sul e Venda Nova.

As UBS selecionadas atenderam aos seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde: presença de ESF composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; e acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de determinado território por parte de cada equipe (BRASIL, 2010). Além disso, essas UBS têm apoio da equipe do Núcleo da Atenção à Saúde da Família (NASF), nos termos da Portaria MS/GM nº154/2008, que estabelece critérios de número de profissionais de nível superior e número mínimo e máximo de ESF aos quais as duas modalidades de NASF devem estar vinculados (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

2.1 Amostra

A amostra foi composta por usuários das UBS com história de AVC, identificados pelos profissionais das ESF e dos NASF. Os critérios de inclusão foram: apresentar diagnóstico clínico de AVC há mais de seis meses; viver na comunidade da área de abrangência das UBS; ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência; ter idade igual ou superior a 20 anos; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da SMSA-BH (ANEXO C). Considerando que algumas condições apresentadas pelos participantes, como afasia ou déficit cognitivo, poderiam afetar a sua capacidade de responder aos testes autorreportados que seriam utilizados, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: presença de

afasia motora e/ou sensitiva, observada pelo examinador no início do contato com o paciente, não se fazendo necessária a distinção entre os dois tipos de afasia, e possível comprometimento cognitivo, detectado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), considerando os pontos de corte baseados na escolaridade (13 pontos para analfabetos, 18 para indivíduos com 1 a 7 anos de escolaridade e 26 para aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2003; LEES *et al.*, 2012). Além disso, foram excluídos também indivíduos que não realizaram os testes utilizados para mensurar as variáveis do estudo.

2.2 Cálculo amostral

Para a realização do cálculo amostral, considerou-se a inclusão de cinco variáveis independentes distribuídas nos componentes de funcionalidade e incapacidade da CIF (OMS, 2003): componente de estrutura e função do corpo (2 variáveis), componente de atividade (2 variáveis) e componente de participação (1 variável). A fórmula utilizada foi a proposta por Dohoo; Martin e Stryhn (2003), $n=10*(P+1)$, onde P é o número de variáveis independentes (DOHOO; MARTIN; STRYHN, 2003). Esta fórmula já foi utilizada em estudo prévio com desenho metodológico similar ao do presente estudo (FARIA-FORTINI, 2016). Portanto, a amostra do presente estudo teria que ser constituída por, no mínimo, 60 indivíduos.

2.3 Variáveis do estudo

2.3.1 Variável dependente

Neste estudo, a variável dependente foi a autopercepção de saúde, que foi mensurada utilizando-se a primeira pergunta da versão brasileira do SF-36 (“Em geral, você diria que a sua saúde é”) e que possui cinco opções de resposta (“excelente”, “muito boa”, “boa”, “ruim”, “muito ruim”) (CICONELLI *et al.*, 1999) (ANEXO D). Segundo os resultados de um estudo recente que teve como objetivo desenvolver uma revisão sistemática da literatura sobre a autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC, a pergunta direta, com quatro ou cinco opções de resposta, foi a forma mais comum e recomendada de se avaliar a autopercepção de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2018). Esta variável foi dicotomizada nos grupos, “autopercepção

de saúde boa” e “autopercepção de saúde ruim”, sendo o primeiro grupo composto pelas respostas “excelente”, “muito boa” e “boa” e o último pelas respostas “ruim” e “muito ruim”, como proposto em estudo prévio realizado na Inglaterra sobre os determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos com idade entre 39 e 79 anos e com risco de câncer (MAVADDAT *et al.*, 2011).

2.3.2 Variáveis independentes ou potenciais determinantes

As variáveis independentes ou potenciais determinantes do presente estudo foram organizadas segundo os componentes de funcionalidade e incapacidade da CIF (OMS, 2003). Elas foram selecionadas por representarem cada um desses componentes (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016), pela possibilidade de serem modificadas pela reabilitação (ZHANG *et al.*, 2009; ARNADOTTIR *et al.*, 2011) e por se enquadrarem nas dimensões da autopercepção de saúde (física, mental e social) (AMBRESIN *et al.*, 2014; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2016). Ressalta-se ainda que não foram encontrados estudos que tenham investigado estas variáveis em conjunto como possíveis determinantes da autopercepção de saúde na população pós-AVC (ARAÚJO *et al.*, 2018). Foram elas:

- Componente de estrutura e função do corpo:

- Força muscular

A força muscular pós-AVC foi mensurada por meio do Teste do Esfigmomanômetro Modificado (TEM) (SOUZA *et al.*, 2013), que foi utilizado neste estudo especificamente para avaliação da força muscular de preensão palmar do lado mais acometido. Já foi reportado que esta medida pode informar sobre a força global do membro superior parético e sobre a função motora de indivíduos acometidos pelo AVC nas fases subaguda e crônica (MARTINS *et al.*, 2015a). Além disso, a força muscular de preensão palmar já foi reportada como a que melhor explica o desempenho em atividades bimanuais de indivíduos pós-AVC na fase crônica, em detrimento da força de outros grupos musculares do membro superior (BASÍLIO *et al.*, 2016). Para a mensuração da força muscular de preensão palmar com o TEM, foi seguido o protocolo padronizado (FESS, 1992) e já utilizado para indivíduos pós-AVC (SOUZA *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2015 b). O TEM apresenta adequada validade e confiabilidade em indivíduos acometidos pelo AVC

e, após familiarização, já foi reportado que apenas uma medida é necessária (MARTINS *et al.*, 2015b), o que foi utilizado neste estudo. No presente estudo, a força muscular de preensão palmar do lado mais acometido foi operacionalizada como “abaixo do valor de referência” e “igual ou maior que o valor de referência”, considerando os valores de referência por faixa etária, sexo e lado não dominante, já publicados em estudo prévio (BENFICA, 2017).

- Função emocional

A função emocional foi avaliada com a versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (GDS-15) (ANEXO E), que é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos (YESAVAGE *et al.*, 1983). A GDS contém 15 questões, com duas opções de resposta (“sim” ou “não”), aplicadas sob forma de entrevista, e o ponto de corte para detectar suspeita de depressão são escores maiores que cinco (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 a; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 b). O GDS apresenta adequada validade e confiabilidade em idosos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 a; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 b) e é comumente utilizada em indivíduos pós-AVC (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; FARIA-FORTINI, I. *et al.*, 2017). No presente estudo, foi utilizada para análise a função emocional operacionalizada como “com” e “sem” sintomas depressivos, utilizando-se o ponto de corte estabelecido (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 a; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999 b).

- Componente de atividade:

- Habilidade manual

A habilidade manual foi mensurada por meio da versão brasileira do questionário ABILHAND (BASÍLIO *et al.*, 2016) (ANEXO F). Ela pode ser definida como a capacidade de conduzir atividades diárias que requerem o uso dos membros superiores, independente das estratégias envolvidas (PENTA *et al.*, 2001). A versão específica para indivíduos pós-AVC crônico é composta por 23 itens, com três possibilidades de resposta em uma escala ordinal (fácil=2; difícil=1; impossível=0), aplicados sob forma de entrevista, questionando-se o desempenho nos últimos três meses, sendo que as atividades não realizadas neste período não foram pontuadas ou foram registradas como respostas perdidas (PENTA *et al.*, 2001). A análise dos dados consiste na transformação do escore bruto obtido em uma medida linear por

meio da análise Rasch (PENTA *et al.*, 2001; ABILHAND, 2018). Este instrumento possui adequada validade e confiabilidade para indivíduos pós-AVC (PENTA *et al.*, 2001). A tradução e adaptação transcultural para o português-Brasil, bem como a avaliação das propriedades de medida, como validade e confiabilidade, foi realizada em estudo recente, com resultados satisfatórios para indivíduos brasileiros pós-AVC (BASÍLIO *et al.*, 2016). No presente estudo, a medida linear foi operacionalizada como “melhor” ou “pior” habilidade manual, sendo que esses dois grupos foram compostos por indivíduos que obtiveram escores positivos e negativos, respectivamente.

- Habilidade de locomoção

A habilidade de locomoção foi avaliada pela versão brasileira do questionário ABILOCO (AVELINO *et al.*, 2017) (ANEXO G). Este instrumento é composto por 13 itens que englobam atividades de locomoção que podem ser classificadas em dois níveis (impossível=0; possível=1), aplicados sob forma de entrevista, questionando-se o desempenho nos últimos três meses, sendo que as atividades não realizadas nos neste período não foram pontuadas ou foram classificadas como não aplicáveis (CATY *et al.*, 2008). O escore bruto obtido pela aplicação do questionário é transformado em uma medida linear por meio da análise Rasch (CATY; THEUNISSEN; LEJEUNE, 2009; ABILOCO, 2018). O instrumento apresenta adequada validade e confiabilidade em indivíduos pós-AVC (CATY; THEUNISSEN; LEJEUNE, 2009). Em estudo recente foi feita a tradução e adaptação transcultural para o português-Brasil, com investigação das suas propriedades de medida, tais como validade e confiabilidade. Foram encontrados resultados satisfatórios para indivíduos brasileiros pós-AVC (AVELINO *et al.*, 2017). No presente estudo, a medida linear foi operacionalizada como “melhor” ou “pior” habilidade de locomoção, sendo que esses dois grupos foram compostos por indivíduos que obtiveram escores positivos e negativos, respectivamente.

- Componente participação:

A participação foi avaliada pela versão brasileira do *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL) (ANEXO H), que é um instrumento de qualidade de vida específico para indivíduos acometidos pelo AVC (LIMA *et al.*, 2008). Apesar de participação e qualidade de vida serem constructos distintos, os instrumentos de qualidade de vida

já foram muito utilizados para mensuração da participação (SALTER *et al.*, 2005; BARAK; DUNCAN, 2006; FARIA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013). O SSQOL possui 49 itens distribuídos em 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produtividade) e aplicados sob forma de entrevista, questionando-se sobre a percepção na semana anterior (LIMA *et al.*, 2008). Este instrumento apresenta adequada validade e confiabilidade em indivíduos brasileiros pós-AVC (LIMA *et al.*, 2008). Recentemente, foi realizado o *link* entre os construtos da CIF de atividade e participação e os itens do SSQOL relacionados a estes domínios (FARIA *et al.*, 2012). A pontuação obtida nestes itens, que pode variar de 26 a 130 pontos, já demonstrou adequada confiabilidade e capacidade para avaliar a participação segundo a CIF de indivíduos pós-AVC (SILVA *et al.*, 2016) e, portanto, foi a utilizada no presente estudo.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Os pesquisadores participaram de forma sistemática das reuniões das ESF e do NASF das UBS. Nestas reuniões, os pesquisadores inicialmente tiveram um tempo para apresentação da pesquisa, sensibilização da equipe e esclarecimento de dúvidas. Em seguida, conforme as reuniões prosseguiram, os profissionais das ESF e dos NASF forneciam os nomes e números de prontuário dos indivíduos com AVC. A coleta de dados em cada UBS ocorreu no período aproximado de seis meses, do segundo semestre de 2014 ao primeiro semestre de 2017. Em seguida, foi conduzida uma coleta de dados em prontuário e, posteriormente, os indivíduos foram convidados a participar do estudo. Os indivíduos que não concordaram com a participação voluntária no presente estudo tiveram os dados já coletados do seu prontuário devidamente descartados. Aqueles que aceitaram participar de forma voluntária, assinaram o TCLE e foram avaliados na UBS ou em domicílio quanto aos critérios de elegibilidade. Aqueles que atenderam a esses critérios, foram incluídos no estudo e foi dado prosseguimento na coleta dos dados, utilizando-se de uma ficha de avaliação previamente desenvolvida para atender aos propósitos do projeto de pesquisa mais amplo e que também atende aos propósitos do presente estudo (ANEXO I). Esta ficha de avaliação permitiu a coleta de informações que foram

utilizadas para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, tais como sexo, idade (anos), estado conjugal, nível de escolaridade, nível socioeconômico (Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2012), tipo de AVC (isquêmico, hemorrágico, ambos, não informado/não registrado em documentos médicos), tempo de evolução (meses), comorbidades (saudável, 1 morbidade relatada, 2 morbidades relatadas, 3 ou mais morbidades relatadas), quantidade de medicamentos em uso, nível de recuperação motora pós-AVC (Escala de *Fugl Meyer*) (ANEXO J) (MAKI *et al.*, 2006); e para a coleta das variáveis dependente e independentes mencionadas previamente.

Após a confirmação dos dados coletados do prontuário pelo indivíduo e/ou cuidador, foi realizada a coleta dos dados para caracterização sociodemográfica e clínica e das variáveis dependente e independentes do estudo. A partir deste momento, o cuidador e/ou acompanhante foram orientados a não interferir nas avaliações subsequentes. Foi aplicada a primeira pergunta do SF-36, em formato de entrevista, e o indivíduo escolheu a opção de resposta que melhor representava a sua percepção acerca da sua saúde. Posteriormente, foi realizada a avaliação da força de preensão palmar com o uso do TEM, seguindo o protocolo padronizado e recomendado (FESS, 1992) e que já foi utilizado em indivíduos acometidos pelo AVC (SOUZA *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2015 b): o indivíduo deveria permanecer sentado em uma cadeira com os pés apoiados no chão, ombro aduzido, cotovelo flexionado a 90°, antebraço na posição neutra e punho de 0° a 30° de extensão. O TEM foi insuflado até 20 mmHg e após a familiarização foi realizada apenas uma medida (SOUZA *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2015 b). O indivíduo avaliado foi orientado a realizar a máxima contração possível, durante cinco segundos sob estímulo verbal (SOUZA *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2015 b).

Finalizada a avaliação da força muscular, os seguintes questionários foram aplicados em sequência, todos sob forma de entrevista, e seguindo recomendações prévias: GDS-15 (YESAVAGE *et al.*, 1983), ABILHAND-Brasil (BASÍLIO *et al.*, 2016), ABILOCO-Brasil (AVELINO *et al.*, 2017) e SSQOL-Brasil (LIMA *et al.*, 2008). Todos os dados coletados foram armazenados para posterior análise.

2.5 Análise dos dados

Foi utilizado o teste *Shapiro Wilk* para verificar a distribuição das variáveis quantitativas. Para as variáveis quantitativas normalmente distribuídas foram utilizadas como estatísticas descritivas a média e o desvio padrão. Para as variáveis qualitativas categóricas foram utilizadas frequências (absoluta e relativa). Para as demais variáveis, mediana e intervalo interquartil. Como as variáveis idade, sexo e nível socioeconômico são comumente associadas à autopercepção de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005; ARNADOTTIR *et al.*, 2011; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012), estatísticas inferenciais de comparação de grupo foram realizadas para a comparação destas variáveis entre os indivíduos classificados nos grupos “autopercepção de saúde boa” e “autopercepção de saúde ruim” (teste *t de student* para amostras independentes para a idade e teste qui-quadrado para as duas outras variáveis). Foi utilizada análise de regressão logística binária, pelo método *Enter*, para identificar associação significativa entre as variáveis independentes (todas operacionalizadas de forma dicotômica, exceto a pontuação nos itens de atividade e participação do SSQOL) e a variável dependente (autopercepção de saúde, operacionalizada também de forma dicotômica), e as associações foram expressas na forma de *odds ratio* (OR) (PORTNEY; WATKINS, 2009). Foram estimados intervalos de confiança de 95% (IC95%). Todos os pressupostos estatísticos para este tipo de modelo foram verificados (FIELD, 2009). Também foi realizada a análise de resíduo por meio dos resíduos padronizados (ZRE), em que não mais que 1% dos casos pode ter valores acima de $\pm 2,5$ ZRE e qualquer caso acima de ± 3 ZRE pode ser considerado um *outlier* (FIELD, 2009). Para a análise estatística inferencial foi considerado $\alpha=5\%$. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS® para Windows® (Versão 17.0).

3 RESULTADOS

Foram identificados 159 indivíduos pós-AVC nas quatro UBS (UBS1=66; UBS2=31; UBS3=26; UBS4=36), porém, apenas 64 destes (UBS1=29; UBS2=12; UBS3=10; UBS4=13) foram incluídos por atenderem aos critérios de elegibilidade do estudo. O fluxograma que apresenta como foi composta a amostra de 64 indivíduos, com os motivos de exclusão do estudo, pode ser visualizado na Figura 1.

A maioria dos indivíduos incluídos eram mulheres (53%, n=34), com idade média de 66±12 anos, estado conjugal predominantemente “casado (a)” (37,5%, n=24), seguido de “viúvo (a)” (34,4%, n=22). O nível de escolaridade e o nível socioeconômico mais frequentes foram “fundamental 1 completo/ fundamental 2 incompleto” (39%, n=25) e “classe C1” (39%, n=25), respectivamente. A maioria teve AVC isquêmico (59,4%, n=38) e o tempo mediano de evolução do AVC foi de 45,5±71,7 meses. Os indivíduos em sua maioria relataram “três ou mais comorbidades” (82,8%, n=53) e o número mediano de medicamentos em uso foi 4±4. Com relação ao nível de recuperação motora, os indivíduos apresentaram predominantemente “comprometimento motor moderado” (33,3%, n=21), seguido de “comprometimento motor marcante” (30,2%, n=19).

A frequência da autopercepção de saúde seguiu a seguinte distribuição nas categorias: excelente (3,1%, n=2), muito boa (7,8%, n=5), boa (59,4%, n=38), ruim (28,1%, n=18) e muito ruim (1,6%, n=1). Considerando a dicotomização proposta, 45 indivíduos (70,3%) avaliaram a sua saúde como “boa” e 19 (29,7%) como “ruim”. Os dados completos acerca da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra total e sua divisão nos grupos autopercepção de saúde boa e ruim estão apresentados na Tabela 1. A análise estatística descritiva dos resultados dos testes utilizados para mensurar as variáveis independentes estão apresentados na Tabela 2. O grupo de indivíduos de “autopercepção de saúde boa” foi similar ao grupo de “autopercepção de saúde ruim” com relação à idade ($p=0,121$), sexo ($p=0,17$) e nível socioeconômico ($p=0,587$).

O modelo atendeu aos pressupostos de independência de erro, linearidade e ausência de multicolinearidade. A análise de resíduo também foi adequada. O modelo apresentou parâmetros significativos [$X^2(5)=14,926$; $p<0,011$; R^2 Nagelkerke=0,296; teste de Hosmer&Lemeshow=0,179] que permitiu a continuidade da análise. Foi identificada associação significativa com a autopercepção de saúde apenas para a variável independente função emocional. Indivíduos com alteração da função emocional (operacionalizada por suspeita de depressão no teste GDS) têm sete vezes mais chance de avaliar a sua saúde como “ruim” (OR=7,119; IC 95%=1,688-30,031) (Tabela 3).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou se variáveis de funcionalidade e incapacidade, que apresentam potencial de serem modificadas pela reabilitação, podem ser determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária à saúde de BH/MG. Segundo os resultados do presente estudo, dentre as variáveis selecionadas para análise (força muscular, função emocional, habilidade manual, habilidade de locomoção e participação), a função emocional foi significativamente determinante da autopercepção de saúde.

As características clínico-demográficas da maioria dos indivíduos incluídos foram similares às comumente observadas em estudos prévios realizados com indivíduos pós-AVC na fase crônica: sexo feminino (HOWE; MCCULLOUGH, 2015; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), idosos (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), AVC do tipo isquêmico (NORRVING; KISSELA, 2013; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), casados ou viúvos (COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013; DUPRE, 2016; HONJO *et al.*, 2016), com baixo nível de escolaridade e socioeconômico (ADDO *et al.*, 2012; MCHUTCHISON *et al.*, 2017), com três comorbidades ou mais, em uso de muitos medicamentos (GALLACHER *et al.*, 2014; GRUNEIR *et al.*, 2016) e com comprometimento motor (LANGHORNE; COUPAR; POLLOCK, 2009; RAGHAVAN, 2015).

A predominância do sexo feminino tem sido relacionada ao maior risco das mulheres terem AVC ao longo da vida, quando comparadas aos homens (HOWE; MCCULLOUGH, 2015; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016). As mulheres têm um perfil de fatores de risco diferenciado, que inclui o pré e pós-parto, a menopausa e o uso de contraceptivos orais, além da alta incidência de depressão, diabetes e hipertensão arterial, que podem levar a um episódio de AVC (HOWE; MCCULLOUGH, 2015; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016). Além disso, a longevidade das mulheres também é referida como um fator associado ao fato de elas cursarem com mais episódios de AVC (GIBSON, 2013; HOWE; MCCULLOUGH, 2015; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016).

Segundo os resultados de estudos epidemiológicos, indivíduos idosos apresentam uma maior prevalência de AVC (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), o tipo de AVC mais comum é o isquêmico (NORRVING; KISSELA, 2013; MOZAFFARIAN *et al.*, 2016) e os indivíduos acometidos pelo AVC na fase crônica são, em sua maioria,

casados ou viúvos (COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013; DUPRE, 2016; HONJO *et al.*, 2016), como observado no presente estudo. Um baixo nível de escolaridade (<11 anos) é referido na literatura como um fator que aumenta em um terço o risco de se ter um AVC (MCHUTCHISON *et al.*, 2017). Além disso, um baixo nível socioeconômico é referido por aumentar os fatores de risco para o AVC, a severidade dos déficits e a incidência dessa condição de saúde (ADDO *et al.*, 2012). As múltiplas comorbidades, comumente observadas nestes indivíduos (GRUNEIR *et al.*, 2016), são acompanhadas do uso de muitos medicamentos (GALLACHER *et al.*, 2014). Finalmente, a presença de comprometimento motor, predominantemente moderado e marcante, observado no presente estudo, também corrobora com a literatura que aponta que uma importante repercussão da condição de saúde AVC é o comprometimento motor dos indivíduos acometidos (LANGHORNE; COUPAR; POLLOCK, 2009; RAGHAVAN, 2015).

Com relação à autopercepção de saúde, a maioria dos indivíduos avaliou sua saúde como “boa” (59,4%), e o grupo “autopercepção de saúde boa” (“excelente”, “muito boa” e “boa”) foi o mais representativo (70,3%). Em estudo recente desenvolvido com o objetivo de realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC, foram incluídos 44 estudos (ARAÚJO *et al.*, 2018). Considerando aqueles que avaliaram a autopercepção de saúde com uma pergunta direta (n=26) (POPE, 1988; TSUJI *et al.*, 1994; HOEYMANS *et al.*, 1999; HAN; SMALL; HALEY, 2001; HILLEN *et al.*, 2003; MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2006; GOEBELER; JYLHÄ; HERVONEN, 2007; SKÅNÉR *et al.*, 2007; BOYINGTON; HOWARD; HOLMES, 2008; ASPLUND *et al.*, 2009; FORAKER *et al.*, 2011; CERNIAUSKAITE *et al.*, 2012; AROKIASAMY *et al.*, 2013; FERNÁNDEZ-RUIZ *et al.*, 2013; LATHAM; PEEK, 2013; MAVADDAT *et al.*, 2013; VARELA *et al.*, 2013; MAVADDAT *et al.*, 2014; SHEN *et al.*, 2014; ARRUDA *et al.*, 2015; EGAN *et al.*, 2015; SAND *et al.*, 2015; THEME FILHA *et al.*, 2015; GUERARD *et al.*, 2016; MAVADDAT *et al.*, 2016; WALLER *et al.*, 2016), que é a mais recomendada, foram observadas duas formas distintas de avaliação: utilizando-se uma pergunta global, como no presente estudo (n=17) (TSUJI *et al.*, 1994; HOEYMANS *et al.*, 1999; HAN; SMALL; HALEY, 2001; HILLEN *et al.*, 2003; MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2006; GOEBELER; JYLHÄ; HERVONEN, 2007;

SKÅNÉR *et al.*, 2007; BOYINGTON; HOWARD; HOLMES, 2008; ASPLUND *et al.*, 2009; AROKIASAMY *et al.*, 2013; FERNÁNDEZ-RUIZ *et al.*, 2013; LATHAM; PEEK, 2013; VARELA *et al.*, 2013; MAVADDAT *et al.*, 2014; EGAN *et al.*, 2015; SAND *et al.*, 2015; THEME FILHA *et al.*, 2015), e uma pergunta comparativa (n=12) (POPE, 1988; HAN; SMALL; HALEY, 2001; HILLEN *et al.*, 2003; FORAKER *et al.*, 2011; CERNIAUSKAITE *et al.*, 2012; FERNÁNDEZ-RUIZ *et al.*, 2013; MAVADDAT *et al.*, 2013; SHEN *et al.*, 2014; ARRUDA *et al.*, 2015; GUERARD *et al.*, 2016; MAVADDAT *et al.*, 2016; WALLER *et al.*, 2016), tendo como referência um tempo passado ou indivíduos de mesma idade. Desses 17 estudos, quatro utilizaram opções de resposta semelhantes a do presente estudo (HILLEN *et al.*, 2003; LATHAM; PEEK, 2013; VARELA *et al.*, 2013; EGAN *et al.*, 2015), mas apenas um reportou os resultados da estatística descritiva para os indivíduos pós-AVC na fase crônica (três anos pós-AVC), sendo que o grupo “autopercepção de saúde boa” (“excelente”, “muito boa” e “boa”) também foi predominante (59,2%) (HILLEN *et al.*, 2003). Este foi um estudo longitudinal de base populacional que avaliou a autopercepção de saúde global e comparativa de indivíduos pós-AVC ao longo de três anos (HILLEN *et al.*, 2003). O desejo das pessoas manterem uma visão positiva sobre si mesmas foi trazido em discussão pelos autores como uma possível explicação para os resultados positivos da avaliação da autopercepção de saúde global (HILLEN *et al.*, 2003).

No presente estudo, foi evidenciado que a variável independente função emocional foi determinante da autopercepção de saúde: segundo os resultados obtidos, indivíduos com “autopercepção de saúde ruim” têm sete vezes mais chance de apresentarem suspeita de depressão avaliada pelo GDS. A importante relação entre função emocional e autopercepção de saúde pós-AVC foi identificada em dois estudos (HAN; SMALL; HALEY, 2001; SCHREINER; MORIMOTO; ASANO, 2001). No primeiro deles, Han; Small e Haley (2001) apontaram que quando se trata da estrutura teórica da autopercepção de saúde para idosos em geral, a literatura destaca dois componentes: doenças físicas e incapacidade funcional (WHITELAW; LIANG, 1991; JOHNSON; WOLINSKY, 1994). Considerando idosos comunitários pós-AVC, Han; Small e Haley (2001) afirmaram que um terceiro componente deveria ser considerado com importância similar: a sintomatologia depressiva ($R^2=79\%$), que

acrescentou 21% de explicação da variância do modelo (HAN; SMALL; HALEY, 2001).

O segundo estudo identificado foi conduzido com indivíduos pós-AVC no Japão, e a função emocional, avaliada pelo GDS, similarmente ao presente estudo, estava comprometida em 62% dos indivíduos. Este comprometimento foi reportado como sintomas depressivos (SCHREINER; MORIMOTO; ASANO, 2001). A autopercepção de saúde foi uma das variáveis deste estudo e ela se correlacionou significativamente com a variável sintomas depressivos (correlação de Spearman $r_s=-0,425$; $p \leq 0,05$), e assim como no presente estudo, os indivíduos que avaliaram pior a sua saúde apresentaram suspeita de depressão (SCHREINER; MORIMOTO; ASANO, 2001). Neste estudo de Schreiner; Morimoto e Asano (2001), a autopercepção de saúde também se correlacionou significativamente com a variável independência funcional (avaliada pelo Índice de Barthel Modificado) (correlação de Spearman $r_s=0,250$; $p \leq 0,05$). Após as análises estatísticas para verificar o efeito combinado entre as variáveis sintomas depressivos e independência funcional na autopercepção de saúde, foram reportados resultados similares ao do presente estudo: relação estatisticamente significativa apenas entre presença de sintomas depressivos e pobre autopercepção de saúde ($\beta=-0,387$; $p=0,001$) (SCHREINER; MORIMOTO; ASANO, 2001).

Segundo os resultados de uma recente revisão sistemática sobre a autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC (ARAÚJO *et al.*, 2018), foi encontrado um único estudo, que foi realizado no exterior, acerca dos determinantes da autopercepção de saúde em indivíduos pós-AVC (MAVADDAT *et al.*, 2013). Um dos preditores considerados na análise foi o histórico de depressão, mas esta variável não pode ser considerada para caracterizar a função emocional atual dos indivíduos. Nenhuma outra variável relacionada à função emocional foi identificada. Após análise estatística, concluiu-se que os aspectos sociais foram fortemente associados à autopercepção de saúde ruim em idosos com e sem AVC. Além disso, na amostra de idosos com histórico de AVC, a presença do diabetes como comorbidade também demonstrou estar relacionada a autopercepção de saúde ruim (MAVADDAT *et al.*, 2013).

Outros dois estudos (ARNADOTTIR *et al.*, 2011; TIERNAN *et al.*, 2017)

acerca dos determinantes da autopercepção de saúde que utilizaram como estrutura conceitual o modelo da CIF, foram realizados com a população idosa no exterior. Apenas um destes (ARNADOTTIR *et al.*, 2011) considerou a função emocional, reportada como presença de sintomas depressivos, dentre as suas variáveis. Similarmente ao presente estudo, a associação significativa encontrada foi entre presença de sintomas depressivos e uma pior autopercepção de saúde. As demais variáveis associadas foram capacidade avançada da extremidade inferior, capacidade da extremidade superior, atividades domésticas e idade (ARNADOTTIR *et al.*, 2011). Apesar deste estudo também ter inserido variáveis do componente atividade da CIF, relacionadas aos membros superiores e inferiores, sua amostra apresentou características distintas das do presente estudo (indivíduos idosos, de área urbana e rural, em sua maioria do sexo masculino), o que pode ter influenciado na diferença de resultados encontrados.

A associação entre o desfecho autopercepção de saúde e a variável função emocional, caracterizada por sintomas depressivos, já foi reportada para outros grupos populacionais, como idosos e indivíduos pós traumatismo crânio encefálico (TCE) leve (ZHANG *et al.*, 2009; PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013; BRETANHA *et al.*, 2015; AGUIAR *et al.*, 2014). Pagotto; Bachion e Silveira (2013), em estudo cujo objetivo foi realizar revisão sistemática da literatura sobre autopercepção de saúde em idosos, evidenciaram dentre outros aspectos os fatores associados à pior autopercepção de saúde nesta população, sendo que os sintomas depressivos foram um desses fatores (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Similarmente, em outros dois estudos nos quais o enfoque principal foi a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos em idosos, a autopercepção de saúde ruim foi apontada como um dos fatores associados a esse desfecho nesta população (AGUIAR *et al.*, 2014; BRETANHA *et al.*, 2015). Em estudo com indivíduos adultos e idosos que sofreram TCE leve relacionado a acidentes de trânsito, também foi encontrada associação significativa entre pior autopercepção de saúde e sintomas depressivos (ZHANG *et al.*, 2009).

A dimensão mental ou psicológica é classicamente referida como uma das três dimensões da autopercepção de saúde e a função emocional se enquadra nesta dimensão. Os sintomas depressivos, comumente utilizados para caracterizar a

função emocional, são descritos como “humor deprimido, anedonia, fatigabilidade, diminuição da concentração e da auto-estima, ideias de culpa e de inutilidade, distúrbios do sono e do apetite” (DALGALARRONDO, 2008, p. 310). Se o que o indivíduo entende por saúde estiver alterado, por exemplo, pela presença de sintomas depressivos, isto pode levá-lo a se perceber menos saudável, podendo avaliar mal a sua saúde quando questionado (JYLHÄ, 2009).

É importante salientar que o rastreamento de sintomas depressivos não caracteriza a condição de saúde depressão (BRETANHA *et al.*, 2015), mas, existe a possibilidade de muitos desses indivíduos, avaliados pelo teste de rastreamento GDS, apresentarem depressão pós-AVC, que só poderia ser confirmada por meio de avaliação diagnóstica (BRETANHA *et al.*, 2015). É sabido que a depressão pós-AVC além de aumentar o risco de morte, pode levar a incapacidades e diminuir a qualidade de vida (AYERBE, L. *et al.*, 2013), o que poderia por sua vez influenciar na percepção que o indivíduo tem de sua própria saúde.

O fato de não ter sido encontrada associação significativa entre a autopercepção de saúde e as variáveis força muscular, habilidade manual, habilidade de locomoção e participação pode ser explicado por fatores como, o tempo de evolução do AVC e as dimensões da autopercepção de saúde nas quais essas variáveis se enquadram (física e social). Estudo prospectivo já revelou que não houve uma variação significativa nas respostas da autopercepção de saúde global de indivíduos pós-AVC, nas avaliações realizadas no *follow up* (um, dois e três anos após o episódio), e que essas respostas foram predominantemente positivas (HILLEN *et al.*, 2003). Apesar disso, os indivíduos avaliados apresentavam incapacidades (HILLEN *et al.*, 2003), sendo possível, portanto, que incapacidades como força muscular abaixo da referência e pior habilidade manual e de locomoção não tenham uma influência tão significativa na autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC na fase crônica da doença (tempo de evolução do AVC >6 meses). Estas variáveis se enquadram nas outras duas dimensões da autopercepção de saúde (física e social), sendo um dos motivos já explicitados para sua escolha como potenciais determinantes deste desfecho. Porém, não existe na literatura estudo que tenha avaliado qual das três dimensões da autopercepção de saúde é mais relevante para a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC.

Sendo assim, as dimensões física e social podem ser hierarquicamente menos significativas na percepção de saúde de indivíduos pós-AVC, quando na presença de variáveis que representem a dimensão mental ou psicológica. Como ainda há poucos estudos sobre os determinantes da autopercepção de saúde nestes indivíduos, estudos futuros devem ser desenvolvidos para o adequado esclarecimento.

Todas as variáveis pesquisadas no presente estudo apresentam uma polaridade, mesmo que não tenham sido dicotomizadas, ou seja, representam aspectos positivos e negativos de acordo com o resultado encontrado na avaliação. Os aspectos positivos são representativos da funcionalidade e os negativos da incapacidade, já que estão relacionadas às deficiências em estrutura e função do corpo, limitações de atividade e restrições na participação. Porém, a funcionalidade e incapacidade avaliadas não devem suscitar ideias de causalidade e linearidade. Por exemplo, o fato de indivíduos apresentarem restrições na participação não necessariamente faz com que eles avaliem pior a sua saúde. Nesse sentido, o modelo da CIF nos apresenta uma mudança de paradigmas e reforça que todos os componentes do modelo estão potencialmente interligados de forma dinâmica (OMS, 2003). Portanto, a exploração dos determinantes de um desfecho de saúde, como a autopercepção de saúde, deve se pautar na pesquisa clínica e na prática baseada em evidência (PORTNEY; WATKINS, 2009).

A autopercepção de saúde é uma medida da percepção que o indivíduo tem da sua própria saúde, sendo, portanto, dependente do conceito de saúde que esse mesmo indivíduo traz consigo e de seu contexto. A mensuração da autopercepção de saúde difere de medidas objetivas, realizadas por profissionais de saúde. Ela é considerada uma medida subjetiva e por isso o uso do termo “percepção” (JYLHÄ, 2009). Este processo de autoavaliação da saúde por meio de uma pergunta pode ser considerado um processo cognitivo, visto que envolve, no momento em que o indivíduo é questionado e que são dadas as opções de resposta, o “processamento da informação, interpretação de significados e seleção” (JYLHÄ, 2009, p.308), reforçando seu caráter individual e subjetivo. Além disso, o meio social, a cultura e o ambiente devem ser considerados como o meio no qual esta subjetividade está inserida (JYLHÄ, 2009).

A função emocional é uma variável considerada modificável (ZHANG *et al.*, 2009) e este fato é de extrema relevância para os profissionais de reabilitação, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, que lidam com a complexidade de reabilitar indivíduos pós-AVC, visto as inúmeras repercussões que essa condição de saúde pode trazer. Em seu estudo, Schreiner; Morimoto e Asano (2001) reportaram que nenhum dos indivíduos pós-AVC avaliados recebiam ou já haviam recebido tratamento para os sintomas depressivos apresentados e salientaram a importância de intervenções apropriadas para esse fim (SCHREINER; MORIMOTO; ASANO, 2001).

O tratamento dos sintomas depressivos, com o uso de medicamento antidepressivo, já foi associado à melhora do humor e da cognição em indivíduos na fase aguda do AVC (SIMIS; NITRINI, 2006). Além disso, os sintomas depressivos em indivíduos que sofreram AVC, detectados durante a reabilitação, já foram reportados como preditores da depressão pós-AVC seis meses após a alta (LEWIN-RICHTER *et al.*, 2015). Portanto, a avaliação e adequada abordagem terapêutica dos indivíduos que apresentem sintomas depressivos se faz importante para a prevenção da depressão pós-AVC, melhora do humor e cognição e também para possível melhora da autopercepção de saúde, que é um importante indicador de saúde, preditor de morbidade e mortalidade na população pós-AVC (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Diversos estudos do tipo revisão sistemática, com ou sem meta-análise, e ensaios clínicos aleatorizados, já demonstraram a eficácia de programas de intervenção para a melhora da função emocional, como exercícios estruturados (funcionais, de resistência ou aeróbicos) (ENG; REIME, 2014), abordagem integrada com foco em metas de participação (GRAVEN *et al.*, 2016) e acupuntura tradicional chinesa (QIAN *et al.*, 2015). Entretanto, a autopercepção de saúde não foi considerada como desfecho destes estudos. Considerando a associação significativa entre a autopercepção de saúde e a função emocional, os programas de intervenção apontados são potencialmente capazes de melhorar também a autopercepção de saúde. Ressalta-se a escassez de estudos experimentais que mediram a eficácia de intervenções para a melhora deste importante desfecho de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2018), sendo que dentre os poucos estudos encontrados nos

quais houve melhora significativa de autopercepção de saúde (OSTWALD *et al.*, 2014; CHANG *et al.*, 2015), apenas um considerou a função emocional, avaliada pelo GDS-15, dentre os seus desfechos (OSTWALD *et al.*, 2014).

Ostwald *et al.* (2014) conduziram estudo experimental no qual compararam duas intervenções: programa psicoeducacional domiciliar e orientações por meio de cartas sobre cuidados em saúde no AVC, em indivíduos pós-AVC e seus cuidadores. Neste estudo foi encontrado que a função emocional apresentou melhora para ambos os grupos de intervenção, quando estes foram analisados de forma combinada, mas, somente o programa psicoeducacional domiciliar sobre cuidados em saúde no AVC foi eficaz para a melhora da autopercepção de saúde nesta população (OSTWALD *et al.*, 2014). Com isso, recomendam-se novos estudos que avaliem a eficácia de intervenções direcionadas para a melhora da função emocional na melhora da autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC.

Os profissionais inseridos na APS têm grande potencial para avaliação da autopercepção de saúde e da função emocional, já que realizam o acolhimento com escuta qualificada das necessidades de saúde dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e os instrumentos utilizados na avaliação destes desfechos são de fácil aplicação, favorecendo seu uso nesse contexto (CHARLES *et al.*, 2015). Estas avaliações poderiam detectar precocemente a pobre autopercepção de saúde e os sintomas depressivos em indivíduos pós-AVC, direcionando estratégias de abordagem específicas que auxiliariam no cuidado integral à saúde dessa população.

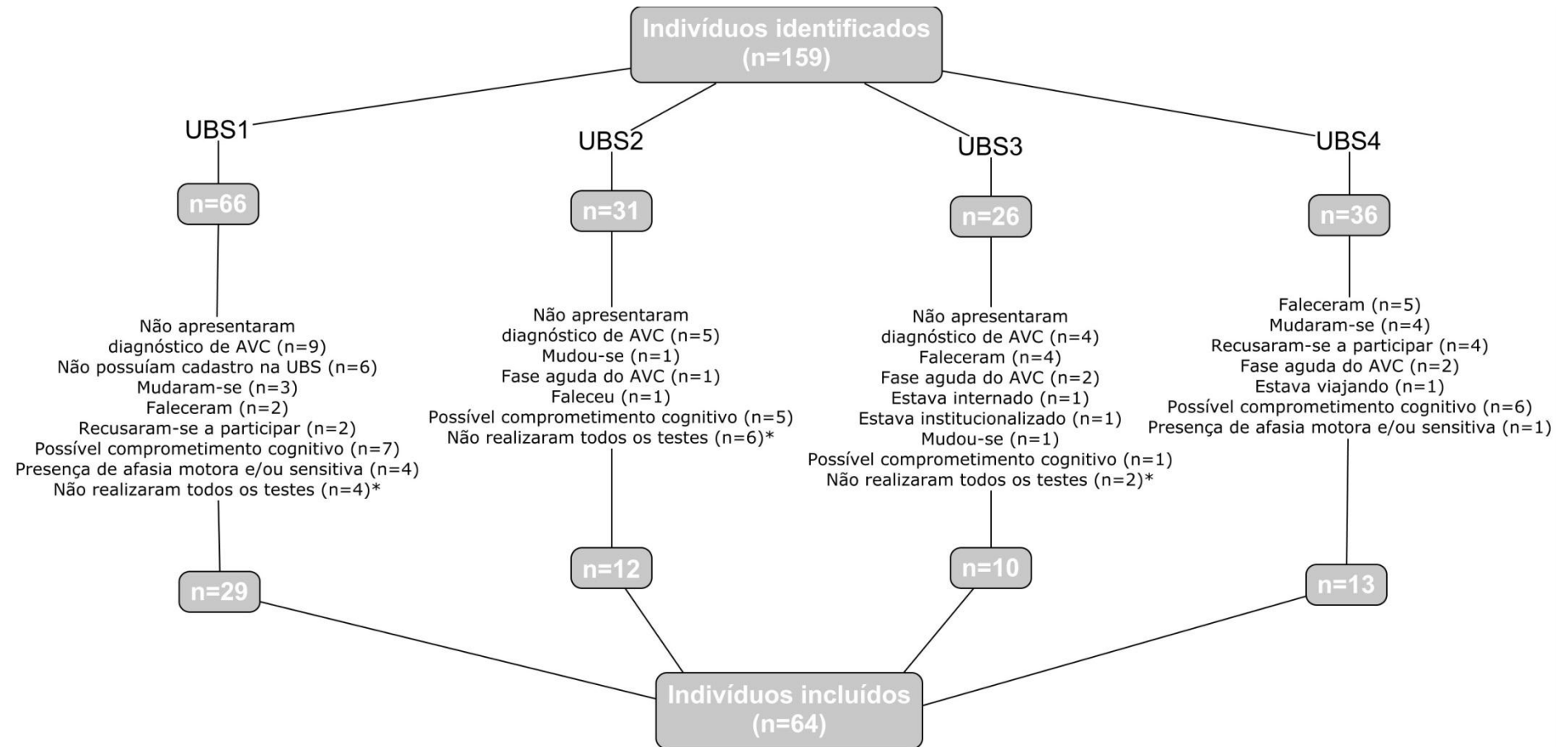
O presente estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o tamanho amostral reduzido, que compromete a validade externa dos resultados. Houve mais indivíduos no grupo de “autopercepção de saúde boa” em comparação ao grupo de indivíduos “autopercepção de saúde ruim”. Como o tamanho amostral foi pequeno, apesar de ter sido adequado para responder à pergunta de interesse, segundo estimativa do cálculo amostral, esta disparidade de tamanho amostral entre os grupos pode ter influenciado nos resultados. Além disso, outras variáveis relacionadas aos domínios de funcionalidade da CIF e que também apresentam potencial de serem modificadas pela reabilitação, não foram consideradas. Finalmente, as questões contextuais ambientais e pessoais, que moderam os

domínios de funcionalidade da CIF, também não foram consideradas como possíveis determinantes.

5 CONCLUSÃO

A associação significativa entre a autopercepção de saúde e a função emocional foi evidenciada neste estudo. Esta importante relação é ainda pouco explorada na população pós-AVC. A função emocional é considerada uma variável modificável e, portanto, programas de intervenção que já se mostraram eficazes na melhora deste desfecho têm potencial para melhorar também a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC, o que precisa ser investigado por estudos futuros. Ainda são escassos os estudos experimentais que mediram a eficácia de intervenções para melhorar a autopercepção de saúde de indivíduos pós-AVC. Recomendam-se novos estudos para medir a eficácia de intervenções nos quais estes dois desfechos estejam envolvidos: função emocional e autopercepção de saúde. As avaliações da autopercepção de saúde e da função emocional de indivíduos pós-AVC são recomendadas no contexto da APS por serem de fácil aplicação e pelo potencial de auxiliar na orientação do cuidado integral à saúde dessa população.

Figura 1 – Fluxograma que apresenta como foi composta a amostra de 64 indivíduos, com os motivos de exclusão do estudo



UBS= Unidade Básica de Saúde; n= número de indivíduos; AVC= Acidente vascular cerebral. *Os motivos para a não realização dos testes foram: não conseguir adquirir a postura necessária para a realização do teste do esfigmomanômetro modificado (TEM); não conseguir responder a todas as questões dos testes autorreportados por estarem fisicamente debilitados.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra de indivíduos pós-AVC considerando os subgrupos de indivíduos com autopercepção de saúde boa (n=45) e autopercepção de saúde ruim (n=19)

Variáveis	Total (n=64)	Autopercepção de saúde boa (n=45)	Autopercepção de saúde ruim (n=19)
Sexo feminino, % (n)	53 (34)	46,6 (21)	68,4 (13)
Idade (anos), média (DP)	66 (12)	64,5 (11,6)	69,7 (12,8)
Estado conjugal, % (n)			
Solteiro (a)	15,6 (10)	15,5 (7)	15,8 (3)
Casado (a)	37,5 (24)	40 (18)	31,6 (6)
União Estável	3 (2)	4,4 (2)	0 (0)
Viúvo (a)	34,4 (22)	31 (14)	42 (8)
Divorciado/separado (a)	9,4 (6)	8,9 (4)	10,5 (2)
Nível de escolaridade, % (n)			
Sem instrução	23,4 (15)	24,4 (11)	21 (4)
Fundamental 1 incompleto	26,6 (17)	26,6 (12)	26,3 (5)
Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto	39 (25)	33,3 (15)	52,6 (10)
Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	3 (2)	4,4 (2)	0 (0)
Médio completo/ Superior incompleto	7,8 (5)	11 (5)	0 (0)
Nível socioeconômico, % (n)*			
Classe B1	6,3 (4)	8,9 (4)	0 (0)
Classe B2	9,4 (6)	13,3 (6)	0 (0)
Classe C1	39 (25)	33,3 (15)	52,6 (10)
Classe C2	29,7 (19)	31 (14)	26,3 (5)
Classe D	14 (9)	11 (5)	21 (4)
Classe E	1,6 (1)	2,2 (1)	0 (0)

Tipo de AVC, % (n)			
Isquêmico	59,4 (38)	62,2 (28)	52,6 (10)
Hemorrágico	20,3 (13)	22,2 (10)	15,8 (3)
Ambos	1,6 (1)	2,2 (1)	0 (0)
Não informado/não registrado em documentos médicos	18,7 (12)	13,3 (6)	31,6 (6)
Tempo de evolução do AVC (meses), mediana (intervalo interquartil) **			
	45,5 (71,7)	36 (70)	52 (91)
Comorbidades, % (n)			
Saudável	1,6 (1)	2,2 (1)	0 (0)
1 morbidade relatada	10,9 (7)	8,9 (4)	15,8 (3)
2 morbidades relatadas	4,7 (3)	6,6 (3)	0 (0)
3 ou mais morbidades relatadas	82,8 (53)	82,2 (37)	84,2 (16)
Quantidade de medicamentos em uso, mediana (intervalo interquartil)			
	4 (4)	4 (4)	4 (4)
Nível de recuperação motora, % (n) ***			
Comprometimento Severo (<50 pontos)	19 (12)	20,5 (9)	15,8 (3)
Comprometimento Marcante (50 a 84 pontos)	30,2 (19)	20,5 (9)	52,6 (10)
Comprometimento Moderado (85 a 95 pontos)	33,3 (21)	36,4 (16)	26,3 (5)
Comprometimento Leve (96 a 99 leve)	12,7 (8)	15,9 (7)	5,3 (1)
Sem Comprometimento (100 pontos)	4,8 (3)	6,8 (3)	0 (0)

*Classificação segundo os Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP. Fonte: www.abep.org) - Classe A1: 42-46 pontos; Classe A2: 35-41 pontos; Classe B1: 29-34 pontos; Classe B2: 23-28 pontos; Classe C1: 18-22 pontos; Classe C2: 14-17 pontos; Classe D: 8-13 pontos; Classe E: 0-7 pontos. DP = desvio padrão. **Dois indivíduos não souberam informar o tempo exato de evolução do AVC e não há registros médico hospitalares, porém, a família afirma que o evento foi há mais de 6 meses. ***Um indivíduo não completou o teste por estar muito debilitado fisicamente.

Tabela 2 – Análise estatística descritiva dos resultados dos testes utilizados para mensurar as variáveis independentes

Variáveis		Total (n=64)	Autopercepção de saúde boa (n=45)	Autopercepção de saúde ruim (n=19)
Função emocional (GDS-15), % (n)	Com sintomas depressivos	54,7 (35)	42,2 (19)	84,2 (16)
	Sem sintomas depressivos	45,3 (29)	57,8 (26)	15,8 (3)
Força muscular (TEM), % (n)	Abaixo do valor de referência	62,5 (40)	57,8 (26)	73,7 (14)
	Igual ou acima do valor de referência	37,5 (24)	42,2 (19)	26,3 (5)
Habilidade manual (ABILHAND), % (n)	Pior habilidade manual	20,3 (13)	22,2 (10)	15,8 (3)
	Melhor habilidade manual	79,7 (51)	77,8 (35)	84,2 (16)
Habilidade de locomoção (ABILOCO), % (n)	Pior habilidade de locomoção	21,9 (14)	20 (9)	26,3 (5)
	Melhor habilidade de locomoção	78,1 (50)	80 (36)	73,7 (14)
Participação (SSQOL P), média (DP)	Grau de participação	92,8 (22,5)	95,29 (24,94)	87,05 (14,46)

GDS-15= Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida; TEM= Teste do Esfigmomanômetro Modificado; ABILHAND= questionário ABILHAND; ABILOCO= questionário ABILOCO; SSQOL P= *Stroke Specific Quality of Life* – itens de atividade e participação; n= número de indivíduos; DP= desvio padrão

Tabela 3 – Resultado do modelo de regressão logística binária pelo método *Enter*

Variáveis		OR [IC 95%]	<i>p</i>
Função emocional (GDS-15)	Com sintomas depressivos	7,119 [1,688-30,031]	0,008*
Força muscular (TEM PARÉTICO)	Abaixo do valor de referência	1,515 [0,357-6,426]	0,573
Habilidade manual (ABILHAND)	Pior habilidade manual	0,114 [0,012-1,076]	0,058
Habilidade de locomoção (ABILOCO)	Pior habilidade de locomoção	2,191 [0,300-16,018]	0,439
Participação (SSQOL P)	Grau de participação	0,983 [0,947-1,020]	0,354

* $p < 0,05$; GDS-15= Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida; TEM= Teste do Esfigmomanômetro Modificado; ABILHAND= questionário ABILHAND; ABILOCO= questionário ABILOCO; SSQOL P= *Stroke Specific Quality of Life* – itens de atividade e participação; OR= *odds ratio*

REFERÊNCIAS

- ABILHAND: a measure of manual ability for adults with upper limb impairment. Disponível em: <<http://www.rehab-scales.org/abilhand.html>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- ABILOCO: a measure of locomotion ability for adults. Disponível em: <<http://www.rehab-scales.org/abiloco.html>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- ADDO, J. *et al.* Socioeconomic Status and Stroke: An Updated Review. **Stroke**, London, v. 43, p. 1186-91, 2012.
- AGUIAR, A. M. A. *et al.* Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, p. 421–6, 1999 a.
- _____; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858–65, 1999 b.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5–6, p. 333–41, 2005.
- AMBRESIN, G. *et al.* Self-Rated Health and Long-Term Prognosis of Depression. **Annals of Family Medicine**, Carlton, v. 12, n. 1, p. 57–65, 2014.
- ANDERSON, C. *et al.* Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial I: health outcomes at 6 months. **Stroke**, v. 31, p. 1024-31, 2000.
- ARNADOTTIR, S. A. *et al.* Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 670, 2011.
- ARAÚJO, E. F. *et al.* Self-rated health after stroke: a systematic review of the literature. **Topics in Stroke Rehabilitation**. Submetido, 2018.
- AROKIASAMY, P. *et al.* The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? **BMC Medicine**, Accra, v. 13, n.178, p. 1-16, 2013.

ARRUDA, G. O. *et al.* Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Maringá, v. 49, n. 1, p. 61–8, 2015.

ASPLUND, K. *et al.* Patient Dissatisfaction With Acute Stroke Care. **Stroke**, Umea, v. 40, p. 3851-56, 2009.

AVELINO, P. R. *et al.* Cross-cultural validity of the ABILOCO questionnaire for individuals with stroke, based on Rasch analysis. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n. 11, p. 1310-1317, 2017.

AYERBE, L. *et al.* Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, p. 14-21, 2013.

BARAK, S.; DUNCAN, P. W. Issues in Selecting Outcome Measures to Assess Functional Recovery After Stroke. **The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics**, Gainesville, v. 3, p. 505–24, 2006.

BASÍLIO, M. L. *et al.* Cross-cultural validity of the Brazilian version of the ABILHAND questionnaire for chronic stroke individuals, based on Rasch analysis. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1, p. 6–13, 2016.

_____. *et al.* Handgrip strength deficits best explain limitation in performing bimanual activities after stroke. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 28, n. 4, p. 1161-65, 2016.

BENFICA, P. A. **Valores de referência do teste do esfigmomanômetro modificado para avaliação clínica da força muscular de membros superiores, membros inferiores e tronco.** 2017. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

BENSENOR, I. M. *et al.* Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746–50, 2015.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BOYINGTON, J. E. A.; HOWARD, D. L.; HOLMES, D. N. Self-rated health, activities of daily living, and mobility limitations among Black and White stroke survivors. **Journal of Aging and Health**, v. 20, n. 8, p. 920–36, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 27, 150 p., 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 04 mar. 2008, Seção 1.

BRASIL. **Portaria nº 665**, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 abr. 2012, Seção 1:35.

BRETANHA, A. F. *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.61, p. 777–81, 2003.

CARVALHO-PINTO, B. P. B.; FARIA, C. D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, Belo Horizonte, v.20, n. 4, p. 355–66, 2016.

CATY, G. D. *et al.* ABILOCO: A Rasch-Built 13-Item Questionnaire to Assess Locomotion Ability in Stroke Patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Brussels, v. 89, n. 2, p. 284–90, 2008.

_____; THEUNISSEN, E.; LEJEUNE, T. M. Reproducibility of the ABILOCO Questionnaire and Comparison Between Self-Reported and Observed Locomotion Ability in Adult Patients With Stroke. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Brussels, v. 90,n. 6, p. 1061–3, 2009.

CERNIAUSKAITE, M. *et al.* Quality-of-Life and Disability in Patients with Stroke. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Milan, v. 91, n. 2, S39–47, 2012.

CHANG, A. K. *et al.* A Family Involvement and Patient-Tailored Health Management Program in Elderly Korean Stroke Patients' Day Care Centers. **Rehabilitation Nursing**, Seoul, v. 40, n. 3, p. 179–87, 2015.

CHARLES, J. *et al.* Self-Report Measures of Well-Being Predict Incident Harm Due to Self-Neglect in Cognitively Impaired Seniors Who Live Alone. **Journal of Alzheimer's Disease**, Toronto, v. 44, p. 425–430, 2015.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143–50, 1999.

COPSTEIN, L.; FERNANDES, J. G.; BASTOS, G. A. N. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Porto Alegre, v. 71, n. 5, p. 294-300, 2013.

DALGALARRONDO, P. Síndromes Depressivas. In: _____. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 307-313.

DESALVO, K. B. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: a Meta-Analysis. **Journal of General Internal Medicine**, New Orleans, v. 20, p. 267–75, 2005.

DOHOO, I.; MARTIN, W.; STRYHN, H. **Veterinary Epidemiologic Research**. Canada: Charlottetown; 2003. 704 p.

DONG, W. *et al.* Self-Rated Health Status and Risk of Ischemic Heart Disease in the China Kadoorie Biobank Study: A Population-Based Cohort Study. **Journal of the American Heart Association**, Beijing, v. 6, n. 9, p. e006595, 2017.

DUPRE, M. E. Race, Marital History, and Risks for Stroke in US Older Adults. **Social Forces**, v. 95, n. 1, p. 439–468, 2016.

EGAN, M. *et al.* Very low neighborhood income limits participation post stroke: preliminary evidence from a cohort study. **BMC Public Health**, Ottawa, v. 15, p. 1-7, 2015.

ENG, J. J.; REIME, B. Exercise for Depressive Symptoms in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Clinical Rehabilitation**, v. 28, n. 8, p. 731-739, 2014.

FARIA, C. D. C. M. *et al.* Identificação das categorias de participação da CIF em instrumentos de qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 4, p. 338–44, 2012.

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. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n. 15, p. 1791-1798, 2017.

FARIA-FORTINI, I. **Preditores da restrição na participação pós-acidente vascular encefálico**. Belo Horizonte: UFMG, 2016. 183 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

FEIGIN, V. L.; NORRVING, B; MENSAH, G. A. Global Burden of Stroke. **Circulation Research**, Auckland, v. 120, p. 439-448, 2017.

FERNÁNDEZ-RUIZ, M. *et al.* The ability of self-rated health to predict mortality among community-dwelling elderly individuals differs according to the specific cause of death: data from the NEDICES cohort. **Gerontology**, Madrid, v. 59, n. 4, p. 368–77, 2013.

FESS, E. Grip strength. In: CASANOVA, J. S. editor. **Clinical assessment recommendations**. 2. ed. Chicago: American Society of Hand Therapists, 1992. p. 41–5.

FIELD, A. Logistic regression. In: _____. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3th ed. SAGE Publications, 2009. p. 264–315.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental state” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189–98, 1975.

FORAKER, R. E. *et al.* Socioeconomic status and the trajectory of self-rated health. **Age and Ageing**, v. 40, p. 706–11, 2011.

GALÁN, I. *et al.* Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. **BMJ Open**, v. 3, n. 5, p. e002644, 2013.

GALLACHER, K. I. *et al.* Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: implications for treatment burden. **BMC Medicine**, Glasgow, v. 12, p. 151, 2014.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260–70, 2008.

GIBSON, C. L. Cerebral ischemic stroke: is gender important? **Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism**, v. 33, p. 1355–1361, 2013.

GOEBELER, S.; JYLHÄ, M.; HERVONEN, A. Self-reported medical history and self-rated health at age 90. Agreement with medical records. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 19, n. 3, p. 213–9, 2007.

GRAVEN, C. *et al.* First Year After Stroke: An Integrated Approach Focusing on Participation Goals Aiming to Reduce Depressive Symptoms. **Stroke**, v. 47, p. 2820–2827, 2016.

GRUNEIR, A. *et al.* Increasing comorbidity and health services utilization in older adults with prior stroke. **Neurology**, v. 87, p. 2091–2098, 2016.

GUERARD, B. *et al.* Chronic Conditions and Self-Reported Health in a Medicare Advantage Plan Population. **Population Health Management**, v. 20, p. 132–8, 2016.

HAN, B.; SMALL, B. J.; HALEY, W. E. The Structure of Self-Rated Health Among Community-Dwelling Older Adults with Stroke. **Home Health Care Services Quarterly**, v. 20, n. 4, p. 1–15, 2001.

HEISTARO S. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Helsinki, v. 55,

n. 4, p. 227–32, 2001.

HILLEN, T. *et al.* Self ratings of health predict functional outcome and recurrence free survival after stroke. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 12, p. 960–6, 2003.

HIROSAKI, M. *et al.* Self-rated health is associated with subsequent functional decline among older adults in Japan. **International Psychogeriatrics**, Fukushima, v. 29, n. 9, p. 1475–83, 2017.

HOEYMANS, N. *et al.* The Contribution of Chronic Conditions and Disabilities to Poor Self-Rated Health in Elderly Men. **The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 54, n. 10, p. M501–6, 1999.

HONJO, K. *et al.* Marital Transition and Risk of Stroke How Living: Arrangement and Employment Status Modify Associations. **Stroke**, Osaka, v. 47, p. 991-998, 2016.

HOWE, M. D.; MCCULLOUGH, L. D. Prevention and management of stroke in women. **Expert Review for Cardiovascular Therapy**, v. 13, n. 4, p. 403–415, 2015.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. 1, p. 21–37, 1997.

IDLER, E. L.; KASL, S. V. Self-Ratings of Health: Do They Also Predict Change in Functional Ability? **Journal of Gerontology**, v. 50, n. 6, S344–53, 1995.

JOHNSON. R. J.; WOLINSKY, F. D. Gender, Race, and Health: The Structure of Health Status Among Older Adults. **The Gerontologist**, v. 34, n. 1, p. 24-35, 1994.

JÜRGES, H.; AVENDANO, M.; MACKENBACH, J. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. **European Journal of Epidemiology**, v. 23, n. 12, p. 773–81, 2008.

_____.; AVENDANO, M.; MACKENBACH, J. How comparable are different measures of self-rated health? Evidence from five European countries. **Mannheim Research Institute for the Economics of Aging**, 2007. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1445365>. Acesso em: 14 jun. 2018.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v. 69,n. 3, p. 307–16, 2009.

LANGHORNE, P.; COUPAR, F.; POLLOCK, A. Motor recovery after stroke: a systematic review. **Lancet Neurology**, Glasgow, v. 8, p. 741–54, 2009.

LARSEN, L. P. *et al.* Determinants of Self-Rated Health Three Months after Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease**, Herring, v. 25, n. 5, p. 1027–34, 2016 a.

_____. *et al.* Self-rated health and return to work after first-time stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 4, p. 339–45, 2016 b.

LATHAM, K.; PEEK, C. W. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late. **The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 68, n. 1, p. 107–16, 2013.

LEES, R. *et al.* Cognitive and mood assessment in stroke research: Focused review of contemporary studies. **Stroke**, Glasgow, v. 43, n. 6, p. 1678–80, 2012.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C.L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.34-9, 2009.

LEWIN-RICHTER, A. *et al.* Predictivity of early depressive symptoms for post-stroke depression. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 19, n. 7, p. 754-758, 2015.

LIMA, R. *et al.* Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 149–56, 2008.

LINHA de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

MAKI, T. *et al.* Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fugl-Meyer no Brasil. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 177-183, 2006.

MANSYUR, C. *et al.* Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 1, p. 43–56, 2008.

MARTINS, J. C. *et al.* Assessment of grip strength with the modified sphygmomanometer test: association between upper limb global strength and motor function. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, Belo Horizonte, v. 19, n. 6, p. 498–506, 2015a.

_____. *et al.* Reliability and validity of the modified sphygmomanometer test for the assessment of strength of upper limb muscles after stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Belo Horizonte, v. 47, n. 8, p. 697–705, 2015b.

MARTINS, S. C. O. *et al.* Past, present, and future of stroke in middle-income countries: the Brazilian experience. **International Journal of Stroke**, Porto Alegre, v. 8, Suppl A 100, p. 106–11, 2013.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: Evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. **Revista de Neurologia**, Porto, v. 42, n. 11, p. 655–9,

2006.

MAVADDAT, N. *et al.* Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 15, p. 1-11, 2014.

_____. *et al.* Relationship of self-rated health to stroke incidence and mortality in older individuals with and without a history of stroke: A longitudinal study of the MRC cognitive function and ageing (CFAS) population. **PLoS One**, v. 11, n. 2, p. 1–11, 2016.

_____. *et al.* What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Cambridge, v. 65, n. 9, p. 800–6, 2011.

_____. *et al.* What determines the self-rated health of older individuals with stroke compared to other older individuals? A cross-sectional analysis of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 85, 2013.

MCHUTCHISON, C. A. *et al.* Education, Socioeconomic Status, and Intelligence in Childhood and Stroke Risk in Later Life: A Meta-analysis. **Epidemiology**, Edinburgh, v. 28, n. 4, p. 608–618, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 110 p., 2012.

MOURÃO, A. M. *et al.* Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na Linha de Cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**, Belo Horizonte, v. 53, n. 4, p. 12-16, 2017.

MOZAFFARIAN, D. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. e38-360, 2016.

MUNTNER P. *et al.* Trends in stroke prevalence between 1973 and 1991 in the US population 25 to 74 years of age. **Stroke**, v. 33, n. 5, p. 1209–13, 2002.

NORRVING, B.; KISSELA, B. The global burden of stroke and need for a continuum of care. **Neurology**, Cincinnati, v. 80, Suppl 2:S5–S12, 2013.

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

OSTWALD, S. K. *et al.* Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: a randomized trial. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 1, p. 55–62, 2014.

OTINIANO, M. E. *et al.* The effect of diabetes combined with stroke on disability, self-rated health, and mortality in older Mexican Americans: results from the Hispanic

EPESE. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 84, n. 5, p. 725–30, 2003.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Goiânia, v. 33, n. 4, p. 302–10, 2013.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723–34, 2013.

PELAEZ, M. *et al.* SABE - Survey on Health, Well-Being, and Aging in Latin America and the Caribbean, 2000 (ICPSR 3546). **Inter-University Consortium For Political And Social Research** [distribuidor], 2005. Disponível em: <<https://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACDA/studies/3546/version/1>> . Acesso em: 14 jun. 2018.

PENTA, M. *et al.* The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. **Stroke**, Dallas, v. 32, n. 7, p. 1627-34, 2001.

POPE, G. C. Medical conditions, health status, and health services utilization. **Health Services Research Journal**, v. 22, n. 6, p. 857–77, 1988.

PORTNEY, L.G.; WATKINS, M.P. **Foundations of Clinical Research: applications to practice**. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2009. 912 p.

QIAN, X. *et al.* Traditional Chinese Acupuncture for Poststroke Depression: A Single-Blind Double-Simulated Randomized Controlled Trial. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, p. 1–6, 2015.

RAGHAVAN, P. Upper Limb Motor Impairment Post Stroke. **Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America**, New York, v. 26, n. 4, p. 599–610, 2015.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 17, n. 12, p. 3353-62, 2012.

SALTER, K. *et al.* Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Participation. **Disability and Rehabilitation**, v. 27, n. 9, p. 507–28, 2005.

SAND, K. M. *et al.* Vision problems in ischaemic stroke patients: effects on life quality and disability. **European Journal of Neurology**, v. 23, Suppl 1:1–7, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SCHREINER, A. R.; MORIMOTO, T.; ASANO, H. Depressive symptoms among

poststroke patients in Japan: frequency distribution and factor structure of the GDS. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Hiroshima, v. 16, p. 941-949, 2001.

SHEN, C. *et al.* Self-rated health and mortality in a prospective Chinese elderly cohort study in Hong Kong. **Preventive Medicine**, New York, v. 67, p. 112–8, 2014.

SILVA, S. M. *et al.* Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 5, p. 470–8, 2013.

SILVA, S. M. *et al.* Reproducibility of the items on the Stroke Specific Quality of Life questionnaire that evaluate the participation component of the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and Rehabilitation**, v. 38, n. 24, p. 2413–8, 2016.

SIMIS, S.; NITRINI, R. Cognitive improvement after treatment of depressive symptoms in the acute phase of stroke. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 64, p. 412-417, 2006.

SINGH-MANOUX, A. *et al.* What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 4, p. 364–72, 2006.

SKÅNÉR, Y. *et al.* Self-rated health, symptoms of depression and general symptoms at 3 and 12 months after a first-ever stroke: a municipality-based study in Sweden. **BMC Family Practice**, v. 8, n. 61, 2007.

SOUZA, L. *et al.* Avaliação da força muscular pelo teste do esfigmomanômetro modificado : uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Movimento**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 437–52, 2013.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21 Suppl:S54–64, 2005.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 18, Suppl 2, p. 83–96, 2015.

THRIFT, A. G. *et al.* Global stroke statistics. **International Journal of Stroke**, Victoria, v. 12, n. 1, p.13-32, 2017.

TIERNAN, C. W. *et al.* Factors Related to Self-rated Health in Older Adults: A Clinical Approach Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Model. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, p. 1-10, 2017.

TOMIOKA, K.; KURUMATANI, N.; HOSOI, H. Self-rated health predicts decline in instrumental activities of daily living among high-functioning community-dwelling older people. **Age and Ageing**, Kashihara, v. 0, p. 1–6, 2016.

TSUJI, I. *et al.* The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan. **Journal of the American Geriatrics Society**, Sendai, v. 42, p. 153–6, 1994.

VARELA, M. V. L. *et al.* Comorbilidades y estado de salud en individuos con y sin EPOC en 5 ciudades de América Latina: Estudio PLATINO. **Archivos de Bronconeumología**, v.49, n. 11, p. 468–74, 2013.

VEJEN, M. Self-Rated Health as a Predictor of Death after Two Years: The Importance of Physical and Mental Wellbeing Postintensive Care. **Biomed Research International**, p. 1–8, 2017.

WALLER, G. *et al.* What does age-comparative self-rated health measure? A cross-sectional study from the Northern Sweden MONICA Project. **Scandinavian Journal of Public Health**, Kalix, v. 44, p. 233–9, 2016.

WENNBERG, P. *et al.* Self-rated health and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-InterAct study: a case-cohort study. **BMJ Open**, v. 3, p. e002436, 2013.

WHITELAW, N. A.; LIANG, J. The structure of the OARS Physical Health Measures. **Medical Care**, Detroit, v. 29, n. 4, p. 332-347, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. 2004.

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37–49, 1983.

ZHANG, S. *et al.* Factors influencing self-rated health in traffic-related mild traumatic brain injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 41, p. 1062-7, 2009.

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE -14038313.4.0000.5149

Interessado(a): Profa. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO- UFMG

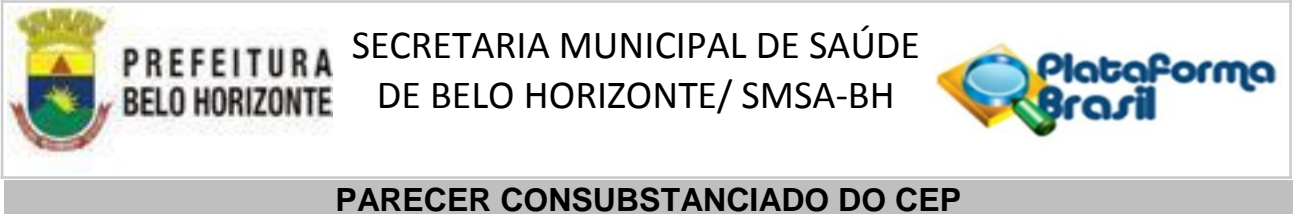
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de abril de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da 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: Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte

Pesquisador: Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14038313.4.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 262.489

Data da Relatoria: 30/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional exploratório, que pretende avaliar pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) e atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte (UBS Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova, visando ampliar os conhecimentos sobre as características, o perfil de funcionalidade, resposta pós-AVC e o impacto das intervenções terapêuticas feitas nas UBS. Serão incluídos 80 pacientes maiores com os seguintes critérios: diagnóstico clínico de AVC primário ou recorrente há mais de seis meses, viver na comunidade da área de abrangência das UBS's, ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência; ter idade igual ou superior a 20 anos. Serão realizadas anamnese, exame físico e serão aplicadas escalas padronizadas e validadas no Brasil. Segundo os proponentes não há hipóteses estabelecidas devido a escassez de estudos prévios comparáveis a este.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS e caracterizar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS e pelo NASF a esses indivíduos, tendo como referência quatro UBS's da cidade de Belo

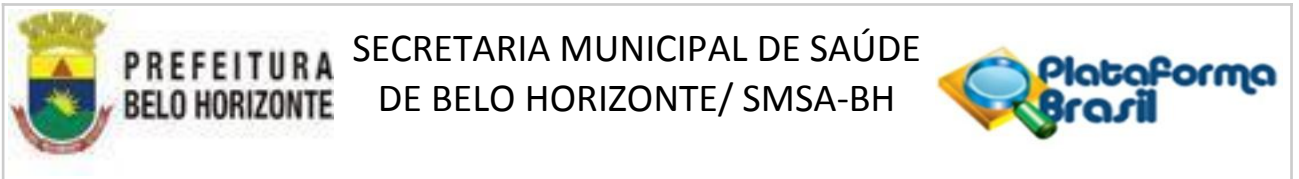
Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

E-mail: coep@pbh.gov.br



Horizonte, cada uma delas situada em um distrito sanitário: Venda Nova, Nordeste, Centro-Sul e Norte. Objetivo Secundário:

- Identificar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS aos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS;
- Apontar as variáveis sócio-demográficas e clínicas que possam estar relacionadas ao nível funcional dos indivíduos já acometidos pelo AVC e usuários do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para o indivíduo são mínimos e se assemelham aqueles que o indivíduo está comumente exposto no seu dia a dia. O indivíduo poderá se sentir cansado durante a realização da avaliação, porém será dado a ele o tempo que for necessário para descanso. Além disso, a avaliação poderá ser interrompida pelo participante e uma nova data poderá ser marcada para continuar a avaliação. O local de avaliação será no domicílio do indivíduo ou na UBS, como lhe for mais conveniente.

Benefícios:

Os resultados deste estudo poderão contribuir para identificar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos pós AVC usuários do SUS. Poderão contribuir, também, para a prática clínica dos profissionais da reabilitação que lidam com estes indivíduos, indicando quais são as melhores formas de acompanhamento pela UBS para se alcançar melhora da funcionalidade e redução da incapacidade. Desta forma, alguns objetivos preconizados pela Linha de Cuidado em AVC poderão ser atendidos ou melhor abordados pelos serviços de saúde do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto apresenta relevância, pertinência, e é oportuno para aprimoramento dos serviços de saúde; A Metodologia revela-se adequada ao objetivo proposto;

O projeto cumpre a Res.196/1996 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a normatização vigente.

Não apresentou Roteiro de Entrevista, mas descreve detalhadamente no projeto os dados a serem colhidos

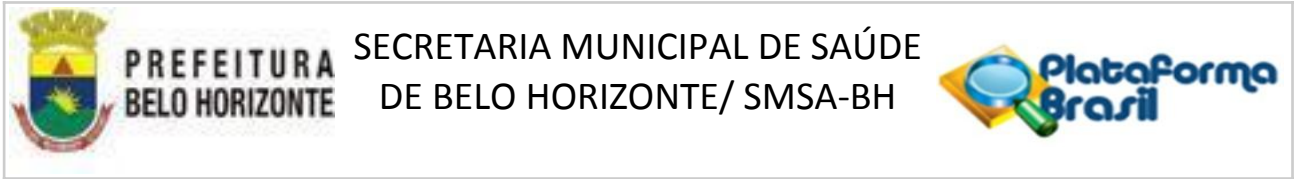
Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

E-mail: coep@pbh.gov.br



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 < Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte>.

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.

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 ele assinado.

BELO HORIZONTE, 03 de Maio de 2013

Assinador por:

Eduardo Prates Miranda

(Coordenador)

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

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

TÍTULO DO PROJETO: “PERFIL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE BELO HORIZONTE.”

Investigadora: Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto

Orientadora: Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria-PhD - Tel.: (31) 3409-7448

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: “*Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte*”. O nosso objetivo é determinar o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas que sofreram AVC (derrame) e são usuários do SUS, e também, determinar o acompanhamento e cuidados oferecidos pela UBS a você e a outros usuários, tendo como base as UBS: Leopoldo Crisóstomo, Venda Nova, Primeiro de maio e Cafezal. Acreditamos que conhecendo melhor o seu perfil, poderemos avaliar melhor o potencial de reabilitação, identificar fatores que estão associados com um melhor desempenho funcional, de forma a propor intervenções mais coerentes e adequadas para atender as suas necessidades individuais. Caso você participe desta pesquisa, será necessário responder alguns questionários e serão realizados alguns testes.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

Avaliação Inicial

Uma entrevista inicial será administrada para coleta dos seus dados pessoais.

Medidas Clínicas

Você será avaliado por um fisioterapeuta treinado, que realizará alguns testes comumente já utilizados na clínica e em pesquisas, que são simples e confiáveis nas suas medidas. Estes testes serão realizados com objetivo de coletar informações sobre Estrutura e Função do seu corpo, a sua Atividade e Participação Social, assim como características do ambiente em que você vive.

Riscos

Os riscos associados com os testes são mínimos, e podem incluir pequena dor muscular e fadiga. Esses riscos serão minimizados pela utilização de um período de descanso entre as medidas.

Benefícios

Você e futuros pacientes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. A medida que caracterizar melhor o seu perfil, determinar melhor as suas necessidades e determinar variáveis relacionadas com um melhor desempenho funcional e melhor qualidade de vida, estratégias mais apropriadas de acompanhamento e tratamento poderão ser introduzidas nas UBS.

Privacidade

Para garantir que as informações deste estudo sejam confidenciais, você receberá um número de identificação, que será utilizado em todos os seus testes e seu nome nunca será revelado. Se as informações originadas deste estudo for publicada em revista ou evento científico, você não será

reconhecido individualmente, pois será representado pelo número

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

A participação neste estudo é inteiramente voluntária, e você é livre para concordar ou não com a participação. Caso desejado, você poderá abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo pessoal.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar, por favor, preencha e assine a Declaração abaixo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. 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: Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria-PhD- Tel.: (31) 3409-7448
Comitê de Ética em Pesquisa, UFMG: (31) 3409-4592

Bárbara Paula de Barros Carvalho Pinto: (0XX31) 8835-3891

Prof.^a. Dra. Prof.^a Christina Danielli Coelho de Moraes Faria (0XX31) 3409-7448

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 205.CEP: 31270-901 – BH – MGTelefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO D – Parte da versão brasileira do *Short Form Health Survey (SF-36)*

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

ANEXO E – Versão brasileira da *Geriatric Depression Scale (GDS-15)*

ESCALA DE DEPRESSÃO EM GERIATRIA (GDS) VERSÃO REDUZIDA (GDS-15)	Escore	
	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL:		

ANEXO F – Versão brasileira do questionário ABILHAND

	Quão DIFÍCEIS são as seguintes atividades?	Impossível	Difícil	Fácil	?
1.	Martelar um prego				
2.	Enfiar linha na agulha				
3.	Descascar batatas com uma faca				
4.	Cortar todas as unhas das mãos				
5.	Embrulhar presentes				
6.	Lixar todas as unhas da mão				
7.	Picar carne				
8.	Descascar cebola				
9.	Quebrar castanha/nozes				
10.	Abrir um pote com tampa de rosca				
11.	Fechar zíper da jaqueta				
12.	Abrir um pacote de salgadinho, rasgando a embalagem				
13.	Abotoar uma camisa				
14.	Apontar um lápis				
15.	Passar manteiga no pão				
16.	Abotoar um botão de pressão (jaqueta, bolsa...)				
17.	Abotoar as calças				
18.	Desenroscar uma tampa de garrafa				
19.	Abrir um envelope				
20.	Colocar pasta de dente na escova				
21.	Fechar o zíper das calças				
22.	Abrir uma barra de chocolate				
23.	Lavar as duas mãos				

ANEXO G – Versão brasileira do questionário ABILOCO

	Você poderia estimar a sua capacidade para realizar as seguintes atividades?	Impossível	Possível	?
1.	Andar menos de 5 metros, dentro de casa, apoiando nos móveis			
2.	Andar enquanto segura um objeto frágil (como um copo cheio)			
3.	Andar com a ajuda de outra pessoa que o guia, mas não o sustenta			
4.	Dar um passo largo sobre um objeto com o pé afetado primeiro.			
5.	Andar mais de 5 metros sozinho, dentro de casa, em superfície plana, sem dispositivo de auxílio (bengala, andador, tutor)			
6.	Girar, virar e andar em um espaço estreito.			
7.	Dar um passo largo sobre um objeto com o pé não afetado primeiro.			
8.	Andar menos de 5 metros com a ajuda de uma pessoa para apoio.			
9.	Andar para trás.			
10.	Andar menos de 5 metros sozinho sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.			
11.	Subir escadas colocando cada pé no próximo degrau (alternando os pés)			
12.	Subir uma escada rolante sozinho.			
13.	Pular com o pé não afetado.			

ANEXO H - Parte da versão brasileira do *Stroke Specific Quality of Life (SSQOL)*

OPÇÕES DE RESPOSTA – PONTUAÇÃO		
1	2	3
Concordo inteiramente - 1	Não pude fazer de modo algum - 1	Ajuda Total - 1
Concordo mais ou menos - 2	Muita dificuldade - 2	Muita ajuda - 2
Nem concordo nem discordo - 3	Alguma dificuldade - 3	Alguma ajuda - 3
Discordo mais ou menos - 4	Um pouco de dificuldade - 4	Um pouco de ajuda - 4
Discordo inteiramente - 5	Nenhuma dificuldade mesmo -5	Nenhuma ajuda necessária - 5
Domínio - Itens		Opção Pontuação
Papéis Familiares		
1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.		1
Linguagem		
1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?		2
2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?		2
5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?		2
Mobilidade		
1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.)		2
2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?		2
3. Você teve dificuldade para subir escadas?		2
5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?		2
6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?		2
Auto-cuidado		
1. Você precisou de ajuda para preparar comida?		3
2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?		3
3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?		3
4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?		3
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?		3
Papéis Sociais		
2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.		1
3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.		1
4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.		1
Memória / Concentração		
1. Foi difícil para eu me concentrar.		2
Função da Extremidade Superior		
1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?		2
2. Você teve dificuldade para colocar meias?		2
3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?		2
4. Você teve dificuldade para usar o zíper?		2
5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?		2
Trabalho / Produtividade		
1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?		2
2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?		2
3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?		2

ANEXO I – Ficha de Avaliação – Marcação em fundo cinza representa os campos utilizados para a análise estatística do presente estudo

Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte

Data de Consulta do Prontuário: _____ Consulta feita por: _____ CÓDIGO: _____
Data da Avaliação Individual: _____ Avaliação feita por: _____

DADOS RETIRADOS DO PRONTUÁRIO (VERMELHO) E CONFRONTADOS COM RELATO (AZUL)

1.1 NOME USUÁRIO _____ **1.2** Nº PRONTUÁRIO: _____

1.3 DATA 1º REGISTRO: _____ **1.4** UBS: _____ **1.5** ESF: _____

1.6 ENDEREÇO: _____ TEL.: _____

1.7 DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO OFERECIDO PELA UBS: _____ **1.8** IDADE: _____ **1.9** D.N: _____

1.10 SEXO: 1-()Feminino 2-()Masculino **1.11** DADOS CLÍNICOS (tabela abaixo):

1-() Uma história de AVE (ou primeiro AVE)	2-() Mais de uma história de AVE/ Quantos: _____
1.1Data:	2.1Data da ultima:
1.2Local de urgência e emergência do atendimento:	2.2Local de urgência e emergência do atendimento:
1.3Tempo de internação:	2.3Tempo de internação:
1.4Data da alta hospitalar:	2.4Data da alta hospitalar:
1.5-Tempo de evolução (meses):	2.5-Tempo de evolução (meses):
Tipo:1 .6() Isquemico	Tipo:2 .6() Isquemico
1.7() Hemorrágico	2.7() Hemorrágico
1.8 () Não registrado	2.8 () Não registrado
1.10() Hemiparesia Esquerda	2.10() Hemiparesia Esquerda
1.11() Hemiparesia Direita	2.11() Hemiparesia Direita
Reabilitação no hospital:1.12 () Fisio	Reabilitação no hospital: 2.12 () Fisio
1.13 () Fono	2.13 () Fono
1.14 ()TO 1.15() Não fez 1.16() NI	2.14 ()TO 2.15() Não fez 2.16() NI
Outros: _____	Outros: _____

1.12 Após alta hospitalar do 1º AVC, quando foi o primeiro atendimento realizado na UBS?

Data: _____ Atendimento feito por: _____

1.13 Quantos episódios de AVC foram registrados no prontuário? _____ Em qual episódio de AVC há o primeiro registro de atendimento realizado na UBS? _____ Data do atendimento: _____

1.14 Paciente recebeu atendimento de algum profissional do NASF após 1º AVC?

1-()Não 2-()Sim. Data do 1º atendimento do

NASF: _____ Profissional: _____

1.15 Marque todos os profissionais do NASF que atenderam o usuário após 1º AVC:

1-()Psicólogo

2-()Fisioterapeuta Data 1º atendimento: _____ e ultimo: _____

3-()Farmacêutico 6-()Terapeuta Ocupacional

4-()Fonoaudiólogo 7-()Assistente Social

5-()Educador Físico 8-()Nutricionista

1.16 Após 1ºAVC, paciente recebeu atendimento fisioterápico encaminhado ou oferecido pela UBS?

1-()Não 2-()Sim. Quem? 2.1-()Acadêmicos 2.2-()CREAB 2.3-()Outros.

Quais? _____

PREENCHA AS QUESTÕES ABAIXO SE O PACIENTE FOI ATENDIDO PELA(O) FISIOTERAPEUTA(O) DO NASF APÓS O 1º AVC

1.17 Quantas vezes foi atendido pela Fisioterapia do NASF após o 1º AVC? _____

1.18 O usuário foi atendido pela fisioterapia do NASF em qual ambiente?()1-Domicílio

2-()No próprio C.S (ambiente clínico) 3-()Em atividades/grupos no CRAS

4-()Outros: _____

1.19 Qual foi o tipo de atendimento prestado pela fisioterapeuta do NASF:

1-()Orientações 2-()Acompanhamento 3-() Intervenção fisioterápica 4-()Avaliação

5-()Encaminhamento a outro profissional. Qual (is): _____

6-()Encaminhamento a outro serviço. Qual (is): _____

1.20 No caso de atendimento fisioterápico, TRANSCREVA o registro descrito no prontuário, com as respectivas datas:

ESCALA MODIFICADA DE RANKIN - (PREENCHIDA PELO AVALIADOR)

0 – Sem sintomas.

1 – *Nenhuma incapacidade significativa*, com capacidade para desempenhar todas as atividades de vida diárias (AVDs).

2 – *Incapacidade leve*, incapaz de realizar algumas atividades prévias de AVDs, mas com capacidade de cuidar de suas próprias atividades sem assistência.

3 – *Incapacidade moderada*, requerendo alguma ajuda, mas com capacidade de caminhar sem assistência.

4 – *Incapacidade moderadamente severa*, incapacidade de caminhar e para atender a própria necessidade do corpo sem assistência.

5 – *Incapacidade severa*, confinado ao leito, incontinente e requerendo cuidados e atenção de enfermagem constantes.

***QUEM AUXILIOU A RESPONDER A FICHA DE AVALIAÇÃO:** (Ex.: Esposa(o), filho(a), cuidador, etc.): _____

***VOCÊ SAI DE CASA SOZINHO?** 1-()Sim 2-()Não, mas sai com acompanhante

3-()Não, nem com acompanhante. Sai apenas para ir ao serviço de saúde (extrema necessidade)

4 DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

4.1 De qual raça você se considera? 1-() Negra 2-()Branca 3-()Parda 4-()Amarela 5-()Índio 6-()NI

4.2 EstadoConjugal:1-()Solteiro(a) 2-()Casado(a) 3-()“União Estável” 4-()Viúvo(a) 5-()Divorciado/separado(a)

4.3 Escolaridade:

1-() Não sabe ler nem escrever

- 2-()Nenhuma, mas sabe ler e escrever
 3-()Primário incompleto = Até 3ª série fundamental
 4-()Primário completo / Ginásial incompleto = no mínimo 4ª série fundamental
 5-()Ginásial completo / Colegial incompleto = no mínimo 8ª série fundamental
 6-()Colegial completo / Superior incompleto = no mínimo médio completo
 7-()Superior completo

4.4 Atualmente você exerce alguma atividade remunerada?

- 1-()Sim, com salário fixo ou temporário 4-()Não, estou afastado(a) por doença (ou sou aposentado(a))
 2-()Trabalho como autônomo(a) (ou faço “bicos”) 5-()Não, estou desempregado(a)
 3-()Não, sou empregador(a) 6-()NI

4.5 Qual é a renda individual total?

- 1-()Menos de 1 Salário Mínimo
 2-()1 Salário Mínimo
 3-()Mais de 1 Salário Mínimo e menos de 5 Salários Mínimos
 4-()5 Salários Mínimos
 5-()Mais de 5 Salários Mínimos e menos de 10 Salários Mínimos
 6-()10 Salários Mínimos
 7-()Mais de 10 Salários Mínimos

4.6 Qual é a renda total da sua família (incluindo benefícios do governo como Bolsa Escola/Bolsa Família/INSS)?

- 1-()Menos de 1 Salário Mínimo
 2-()1 Salário Mínimo
 3-()Mais de 1 Salário Mínimo e menos/igual de 5 Salários Mínimos
 4-() Mais de 5 Salários Mínimos e menos/igual de 10 Salários Mínimos
 5-() Mais de 10 Salários Mínimo

4.7 Local de residência: 1-()Casa 2-()Apartamento 3-()Barracão 4-()Quarto 5-()Outro

4.8 Quantas pessoas moram com você? _____

4.9 Você precisa de “cuidador” ou alguém para ajudá-lo(a) nas atividades do seu dia-a-dia? 1-()Não

- 2-()Sim. Quem: 2.1-()Esposo(a) 2.2-()Filho(a) 2.3-()Neto(a) 2.4-()Outros membros da Família.
 Quem: _____

- 2.5-()Outros: _____

4.10 Você tem assistência à saúde por plano de saúde particular? 1-()Não 2-()Sim.

Qual: _____

4.11 Você já recebeu atendimento fisioterápico? 1-()Não 2-()Sim. De quem? 2.1-()NASF 2.2-()Plano de Saúde

- 2.3()Particular 2.4()Outro

(local/origem/nome) _____

5) DADOS SOCIO-ECONÔMICOS - Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2012

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Vídeocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Maquinas de Lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou na geladeira)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto = Até 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto = no mínimo 4ª série fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto = no mínimo 8ª série fundamental	2
Colegial completo / Superior incompleto = no mínimo médio completo	4
Superior completo	8

Pontuação mínima: 0 e Pontuação máxima: 46 / Pontuação encontrada no paciente: _____

Classe	Pontos
A1	42 a 46
A2	35 a 41
B1	29 a 34
B2	23 a 28
C1	18 a 22
C2	14 a 17
D	8 a 13
E	0 a 7

Fonte: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 – IBOPE

6) C.S / NASF:

6.1 Há quanto tempo você frequenta o centro de saúde(nome do cs)? _____

6.2 O Sr.(a) já participou de alguma palestra/reunião/atividade oferecida pelo C.S onde o tema AVC era abordado ?

1-()Sim 2-()Não

6.3 Se sim, o sr.(a) sabe dizer qual profissional de saúde deu a palestra?

Profissional: _____

6.4 Você acha que receber informações sobre o AVC ajudaria a ter seu problema resolvido? 1-() 2-()Não

6.5 De uma forma geral, em uma escala de 1 a 10, sendo 1 pior e 10 melhor, como você avalia o atendimento realizado pelo CS (nome do cs)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.6 Nos últimos 6 meses, você recebeu em sua casa a visita de um ACS ou algum membro da sua equipe de saúde?

1-()Sim 2-()Não

6.7 Você já ouviu falar do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família? 1-()Sim 2-()Não

6.8 Após o 1º AVC, você recebeu atendimento/tratamento de algum dos profissionais listados abaixo pelo C.S (nome do cs)?

1-()Psicólogo 5-()Terapeuta Ocupacional 9-()NI

2-()Fisioterapeuta 6-()Assistente Social

3-()Farmacêutico 7-()Educador Físico

4-()Fonoaudiólogo 8-()Nutricionista

6.9 Você gostaria de receber o atendimento de algum dos profissionais citados acima pelo CS?
1-()Não 2-()Sim. Qual (is): _____

6.10 Alguém da sua equipe (médico/enfermeiro/ACS) indicou/encaminhou para que você fosse atendido pelo NASF?
1-()Sim 2-()Não

6.11 Alguém da sua equipe te explicou sobre o motivo deste encaminhamento?
1-()Sim. Quem: _____ 2-()Não

6.12 Até que ponto os profissionais do NASF (dizer o nome de cada profissional citado em 5.7) pareceram compreender o seu problema/ situação de saúde? 1-()Não compreenderam de forma alguma 2-()Não compreenderam muito 3-()Mais ou menos 4-()Compreenderam bem 5-()Compreenderam muito bem 6-()NI

6.13 Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?
1-()Sim 2-()Não. Por quê? _____

6.14 Você sentiu que foi tratado com respeito e dignidade pelos profissionais do NASF?

1-()Sim 2-()Não. Por quê? _____

7 HISTÓRIA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE:

7.1 Você fuma? 1-()Sim. Quantos cigarros por dia? _____ 2-()Não

7.2 Você já fumou? 1-()Sim. Quantos cigarros por dia? _____ 2-()Não

7.3 Você bebe? 1-()Sim. Quantos dias por semana? _____ 2-()Não

7.4 Você já bebeu? 1-()Sim. Quantos dias por semana? _____ 2-()Não

7.5 Geralmente você dorme bem? 1-()Sim 2-()Não. Quantas horas por noite? _____ horas

7.6 Você conhece a “Acadêmia Da Cidade”? 1-()Não 2-()Sim. Como você ficou sabendo?

2.1()Médico/Enfermeiro/ ACS 2.2()Nutricionista/Fisioterapeuta 2.3-()Amigo/Vizinho/Parente 2.4()Outros: _____

7.7 Nos últimos 6 meses, qual o principal motivo para você ter procurado o C.S?

1-()Não procurou o centro de saúde 2-()Algum sintoma de doença 3-()Renovação de Receita
4-()Exames de Rotina 5-()Atendimento Nutricional 6-()Reabilitação
7-()Vacinação 8-()Prevenção de doenças 9-()Tendimento Odontológico
10-()Consulta com Profissional da Saúde 11-()Outro: _____

7.8 Além do “DERRAME”/AVC, que você já teve, algum profissional da saúde disse que você tinha:

1-()Diabetes 2-()Pressão Alta 3-()Doenças do Coração
4-()Insuficiência Renal 5-()Depressão 6-()Colesterol alto
7-()Triglicerídeos Alto 8-()Cirrose 9-()Incontinência Urinária
10-()Obesidade 11-()Osteoporose 12-()Artrite/Reumatismo
13-()Varizes 14-()Doença de Parkinson 15-()Deficit Visual
16-()Deficit Auditivo
-Observado pelo avaliador: 17-()Afasia motora 18-()Disartria 19-
Outras: _____

7.9 Atualmente, você faz uso de medicamentos? 1-()Não 2-()Sim, Quais?

2.1-()Anti-hipertensivo 2.2-()Insulina 2.3-()Hipoglicemiante Oral
2.4-()Antidepressivo 2.5-()Anti-coagulante 2.6-()Outro _____

7.10 O que você faz para cuidar de você/da sua saúde? _____

7.11 De maneira geral, você diria que sua saúde é:

1-()Excelente 2-()Muito Boa 3-()Boa 4-()Razoável 5-()Ruim 6-()Muito Ruim

7.12 Você está satisfeito(a) com sua vida hoje? 1-()Pouco 2-()Mais ou Menos 3-()Muito

7.13 Você está satisfeito(a) com sua capacidade para lembrar e fazer as coisas do dia-a-dia?

1-()Pouco 2-()Mais ou Menos 3-()Muito

7.14 Em comparação com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é: 1-()Melhor 2-()Igual 3-()Pior

8 QUEDAS (Definir quedas para o usuário)

Número de quedas no último ano: _____ Número de quedas nos últimos 6 meses: _____

Em geral, você tem medo de cair? 1-()Não 2-()pouco 3-()Moderado 4-()Muito

9 Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ P.A: _____ F.C: _____

Considerando o último mês, você realizou alguma atividade física? 1-()Não 2-()Sim.

Frequência por semana: _____ Duração cada dia realizado: _____

Classificação do Nível de Atividade Física: _____

ANEXO J – Versão brasileira da escala de *Fugl Meyer*

TESTE	PONTUAÇÃO
III. Função Motora do Membro Superior (66 pts): 1) <u>Motricidade reflexa</u> : bíceps e tríceps () Pont. máx: (4) separado bíceps e tríceps	0 -sem atividade reflexa 2 -atividade reflexa presente
2) <u>Atividade reflexa normal</u> : bíceps, tríceps, flexores dos dedos () Pont. máx: (2)	0 -2 ou 3 reflexos são hiperativos 1 -1 reflexo está marcadamente hiperativo ou 2 estão vivos 2 -não mais que 1 reflexo está vivo e nenhum hiperativo
3) <u>Sinergia flexora</u> : elevação, retração de ombro, abdução, rot. externa, flexão de cotovelo, supinação () Pont. máx: (12)	0 -tarefa não pode ser realizada completamente 1 -tarefa pode ser realizada parcialmente 2 -tarefa é realizada perfeitamente
4) <u>Sinergia extensora</u> : adução do ombro+rot.interna, extensão cotovelo, pronação () Pont. máx: (6) ombro pontua uma vez (inclui add + rot.inter.)	0 -tarefa não pode ser realizada completamente 1 -tarefa pode ser realizada parcialmente 2 -tarefa é realizada perfeitamente
5) <u>Movimentos com e sem sinergia</u> : a) Mão a coluna lombar () b) Flexão de ombro a 90° () c) Prono-supinação (cotovelo 90° e ombro 0°) () d) Abdução ombro a 90° com cotovelo estendido e pronado () e) Flexão de ombro de 90° a 180° () f) Prono-supinação (cotovelo estendido e ombro fletido de 30° a 90°) () Pont. máx: (12)	a) 0 -tarefa não pode ser realizada completamente 1 -tarefa pode ser realizada parcialmente 2 -tarefa é realizada perfeitamente b) 0 -se no início do movimento o braço é abduzido ou cotovelo fletido 1 -se na fase final do movimento o ombro abduz e/ou cotovelo flete 2 -tarefa realizada perfeitamente c) 0 -não ocorre posicionamento correto do cotovelo e ombro e/ou pronação e supinação não pode ser realizada completamente 1 -prono-supino pode ser realizada com ADM limitada e ao mesmo tempo ombro e cotovelo estejam corretamente posicionados 2 -tarefa realizada completamente d) 0 -não é tolerado nenhuma flexão de ombro ou desvio da pronação no INÍCIO do movimento 1 -realiza parcialmente ou ocorre flexão do cotovelo e antebraço não se mantém pronado na fase TARDIA do movimento 2 -tarefa pode ser realizada sem desvio e) 0 -braço é abduzido e cotovelo fletido no início do movimento 1 -ombro abduz e/ou ocorre flexão cotovelo na fase final do movimento 2 -tarefa realizada perfeitamente f) 0 -posição não pode ser obtida e/ou prono-supinação não pode ser realizada perfeitamente 1 -atividade de prono-supinação pode ser realizada mesmo com ADM limitada e ao mesmo tempo o ombro e cotovelo estejam corretamente posicionados 2 -tarefa é realizada perfeitamente

<p>6) Controle de punho:</p> <p>a) Cotovelo a 90°, ombro a 0° e pronação, com resistência (assistência se necessário) ()</p> <p>b) Máxima flexão-extensão de punho, cotovelo a 90°, ombro a 0°, dedos fletidos e pronação (auxílio se necessário) ()</p> <p>c) Extensão com cotovelo a 0°, ombro a 30° e pronação, com resistência (auxílio) ()</p> <p>d) Máxima flexão-extensão com cotovelo a 0°, ombro a 30° e pronação (auxílio) ()</p> <p>e) Circundução ()</p> <p>Pont. máx: (10)</p>	<p>a) 0-não pode estender o punho na posição requerida 1-extensão pode ser realizada, mas sem resistência 2-posição mantida contra resistência</p> <p>b) 0-não ocorre movimento voluntário 1-não move ativamente o punho em todo grau de movimento 2-tarefa pode ser realizada</p> <p>c) 0-não pode estender o punho na posição requerida 1-extensão pode ser realizada, mas sem resistência 2-posição mantida contra resistência</p> <p>d,e) 0-não ocorre movimento voluntário 1-não move ativamente o punho em todo grau de movimento 2-tarefa pode ser realizada</p>
<p>7) Mão:</p> <p>a) Flexão em massa dos dedos ()</p> <p>b) Extensão em massa dos dedos ()</p> <p>c) Preensão 1: art. Metacarpofalangeanas (II a V) estendidas e interfalangeanas distal e proximal fletidas. Preensão contra resistência () livro</p>	<p>a) 0-tarefa não pode ser realizada completamente 1-tarefa pode ser realizada parcialmente 2-tarefa é realizada perfeitamente</p> <p>b) 0-nenhuma atividade ocorre 1-ocorre relaxamento (liberação) da flexão em massa 2-extensão completa (comparado com lado não parético)</p> <p>c) 0-posição requerida não pode ser realizada 1-preensão é fraca 2-preensão contra resistência</p>
<p>d) Preensão 2: paciente instruído a aduzir o polegar e segurar o papel interposto entre o polegar e o dedo indicador () carta</p> <p>e) Preensão 3: paciente opõe a digital do polegar contra a do dedo indicador, com um lápis interposto () lápis</p> <p>f) Preensão 4: segurar com firmeza um objeto cilíndrico, com a superfície volar do primeiro e segundo dedos contra os demais () garrafa</p> <p>g) Preensão 5: paciente segura com firmeza uma bola de tênis () bola</p> <p>Pont. máx: (14)</p>	<p>d) 0-função não pode ser realizada 1-papel pode ser mantido, mas não contra resistência 2-preensão contra resistência</p> <p>e) 0-função não pode ser realizada 1-lápis pode ser mantido, mas não contra resistência 2-preensão contra resistência</p> <p>f) 0-função não pode ser realizada 1-objeto pode ser mantido, mas não contra resistência 2-preensão contra resistência</p> <p>g) 0-função não pode ser realizada 1-objeto pode ser mantido, mas não contra resistência 2-preensão contra resistência</p>
<p>IV. Coordenação/Velocidade MS:</p> <p>a) Tremor ()</p> <p>b) Dismetria ()</p> <p>c) Velocidade: index-nariz 5 vezes o mais rápido possível ()</p> <p>Pont. máx: (6)</p>	<p>a) 0-tremor marcante/1-tremor leve/2-sem tremor</p> <p>b) 0-dismetria marcante/1-dismetria leve/2-sem dismetria</p> <p>c) 0-6s mais lento que o lado não parético/1-2 a 5s mais lento que o lado não parético/2-menos de 2s de diferença</p>
<p>V. Função Motora de Membro Inferior (34pts):</p> <p>1) Movimento com e sem sinergia:</p> <p>a) A partir de leve extensão joelho, realizar flexão de joelho além de 90° (sentado) ()</p> <p>b) Dorsiflexão (sentado) ()</p> <p>c) Quadril a 0°, realizar flexão de joelho mais que 90° (em pé) ()</p> <p>d) Dorsiflexão (em pé) ()</p> <p>) Pont. máx: (8)</p>	<p>a) 0-sem movimento 1-joelho pode ser fletido ativamente até 90°(palpar tendões dos flexores joelho) 2-joelho pode ser fletido além de 90°</p> <p>b) 0-tarefa não pode ser realizada completamente 1-tarefa pode ser realizada parcialmente 2-tarefa é realizada perfeitamente</p> <p>c) 0-joelho não pode ser fletido se o quadril não é fletido 1-inicia flexão joelho ou flete quadril no término do movimento 2-tarefa é realizada completamente</p> <p>d) 0-tarefa não pode ser realizada completamente 1-tarefa pode ser realizada parcialmente 2-tarefa é realizada perfeitamente</p>

<p>2) <u>Motricidade reflexa</u>: Aquileu e patelar () Pont. máx: (4)</p>	<p>0-sem atividade reflexa 2-atividade reflexa presente</p>
<p>3) <u>Atividade reflexa normal</u>: Aquileu, patelar, adutor () Pont. máx: (2)</p>	<p>0-2 ou 3 reflexos são hiperativos 1-1 reflexo está hiperativo ou 2 estão vivos 2-nenhum hiperativo</p>
<p>4) <u>Sinergia flexora</u>: flexão de quadril, joelho e dorsiflexão () Pont. máx: (6)</p>	<p>0- tarefa não pode ser realizada completamente 1- tarefa pode ser realizada parcialmente 2- tarefa é realizada perfeitamente</p>
<p>5) <u>Sinergia extensora</u>: extensão de quadril, adução de quadril, extensão de joelho, flexão plantar () Pont. máx: (8)</p>	<p>0- tarefa não pode ser realizada completamente 1- tarefa pode ser realizada parcialmente 2- tarefa é realizada perfeitamente</p>
<p>VI. Coordenação/Velocidade de MI: a) <u>Tremor</u> () b) <u>Dismetria</u> () c) <u>Velocidade</u>: calcanhar-joelho 5 vezes, rápido () Pont. máx: (6)</p>	<p>a) 0-tremor marcante/1-tremor leve/2-sem tremor b) 0-dismetria marcante/1-dismetria leve/2-sem dismetria c) 0-6s mais lento que o lado não parético/1-2 a 5s mais lento que o lado não parético/2-menos de 2s de diferença</p>
<p>PONTUAÇÃO TOTAL: /100</p>	