

Amanda Pereira Santos
Jhessica Macieira Pereira

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
ARTERIAL PERIFÉRICA E COMPARAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E NÃO
PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE REABILITAÇÃO VASCULAR**

Belo Horizonte
Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG
2016

Amanda Pereira Santos
Jhessica Macieira Pereira

**AVALIAÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA
ARTERIAL PERIFÉRICA E COMPARAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E NÃO
PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE REABILITAÇÃO VASCULAR**

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti
Furtado

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Danielle Aparecida Gomes
Pereira

Belo Horizonte

Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG

2016

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

Às nossas mães e irmãos pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Às nossas famílias e amigos que nos incentivaram, foram compreensivos, pacientes e que torceram por nós.

Aos professores pelos ensinamentos e também a todos que de alguma forma contribuíram para esse trabalho e nossa formação.

Aos participantes da pesquisa que permitiram a realização do estudo.

À fisioterapeuta Angélica, pela ajuda com os participantes e pelo incentivo.

À nossa orientadora, Sheyla Furtado por suas contribuições no estudo, este projeto não seria possível sem você.

E por último, à nossa co-orientadora, Danielle Aparecida Gomes Pereira, que nos incentivou, encorajou e permitiu que este projeto fosse concretizado. Muito mais do que uma co-orientadora, um exemplo de profissionalismo, comprometimento e dedicação.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, muito obrigada!

***"Se você quer ser bem sucedido, precisa ter
dedicação total, buscar seu último limite e
dar o melhor de si mesmo.Ê***

Ayrton Senna da Silva

RESUMO

A Doença Arterial Periférica (DAP) é uma condição de saúde, que leva à perfusão inadequada do membro e isquemia periférica. Seu principal sintoma é a claudicação intermitente que acomete os músculos na execução de caminhada, o que pode levar a limitação da locomoção, interferir na capacidade funcional, na saúde e na qualidade de vida. Apesar dessas evidências, o tratamento desses pacientes é direcionado às deficiências, restringindo o domínio atividade somente à deambulação. Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever o perfil funcional de indivíduos com DAP, através da avaliação do componente de atividade e participação, por meio do Perfil de Atividade Humana (PAH) e da Escala de Participação (EP). Além disso, comparar o componente de atividade e participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular. A amostra foi constituída por 87 participantes, dos quais 36 realizaram reabilitação vascular. Os indivíduos eram maiores de 18 anos com diagnóstico de DAP. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e a comparação entre os grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado e teste T independente, considerando a significância um valor de $p < 0,05$. A maior parte da amostra era do sexo masculino com média de idade de $64,86 \pm 7,94$ anos, aposentados, ex-tabagistas e não realizavam atividade física. Todos os indivíduos eram claudicantes. De acordo com o escore do PAH, a maioria dos participantes foi classificada como debilitado ou inativo. Na Escala de Participação aproximadamente metade dos participantes não apresentava restrição. Na comparação entre os grupos foi verificada diferença significativa apenas na locomoção dos indivíduos dentro e fora de casa, sendo esta limitação percebida principalmente nos não participantes do programa de reabilitação vascular. Acredita-se que a influência de fatores contextuais contribuiu para a não existência de diferença entre os grupos. No presente estudo a maioria dos participantes relatou limitação em atividade, mas não reportou restrição na participação. A reabilitação vascular embora possa contribuir para a diminuição dos sintomas e melhora da performance de caminhada, não pode ser vista como o único fator à influenciar a participação social dos indivíduos com DAP.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade. Doença Arterial Periférica. Escala de Participação. Exercício Físico. Perfil de Atividade Humana.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas, funcionais e hábitos de vida da amostra (n=87).....	15
Tabela 2 Ë Frequência relativa das respostas por itens da Escala de Participação e comparação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular.....	17
Tabela 3 Ë Percepção da intensidade do problema entre os participantes que reconheceram as questões da Escala de Participação como um problema.....	19
Tabela 4 Ë Comparação dos escores do Perfil de Atividade Humana (PAH), da Escala de Participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular.....	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3.1 Tipo de Estudo e Aspectos Éticos.....	11
3.2 Amostra.....	11
3.3 Instrumentos.....	11
3.4 Procedimentos.....	13
3.5 Análises de dados.....	13
4. RESULTADOS.....	14
5. DISCUSSÃO.....	21
6. CONCLUSÃO.....	26
REFERENCIAS	27
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.....	33
APÊNDICE 2 - Avaliação.....	36
ANEXO 1 - Escala de Participação.....	39
ANEXO 2 - Perfil de Atividade Humana Ë PAH.....	41
ANEXO 3 - Mini Exame do Estado Mental Ë MEEM.....	46

1 INTRODUÇÃO

A doença arterial periférica (DAP) é uma condição de saúde causada por obstrução, geralmente de origem aterosclerótica, que leva à perfusão inadequada do membro e isquemia periférica (HIRSCH; HASKAL; HERTZER *et al.*, 2005). Essa doença é mais frequente em membros inferiores e tem como principal sintoma, a claudicação intermitente (CI). A CI caracteriza-se pela queixa de dor, parestesia, câimbra, formigamento ou queimação na musculatura isquêmica principalmente durante a deambulação (LOCATELLI; PELIZZARI; SCAPINI, 2009). Esse sintoma acomete os músculos na execução de caminhada ou atividade muscular equivalente, e sua intensidade aumenta proporcionalmente ao tempo de marcha, sendo necessária, na maioria das vezes, a interrupção da deambulação quando atinge grande intensidade (ZERATI, 2011). Os pacientes com CI apresentam fadiga e fadiga ao esforço, o que possivelmente compromete o envolvimento na prática de atividade física, (BATISTA; ASSIS; WOLOSKER *et al.*, 2015) logo interfere na capacidade funcional, saúde e qualidade de vida, (CUCATO; ZERATI; CHEHUEN *et al.*, 2013) e está associada com um risco significativamente elevado de morbidade e mortalidade da doença cardiovascular (CRIQUI; LANGER; FRONEK, 1992).

A DAP tem sido frequentemente vista como uma doença que afeta somente os membros inferiores, direcionando o foco da avaliação e tratamento desses pacientes para estas estruturas e função, restringindo o domínio atividade somente à deambulação (PINTO; MANDIL, 2005). O tratamento desses pacientes em linhas gerais visa aumentar a distância máxima percorrida livre de claudicação. Porém, alguns estudos apontam que indivíduos com DAP também apresentam uma pior percepção de qualidade de vida, maior prevalência de depressão (MCDERMOTT; GREENLAND; LIU *et al.*, 2002), problemas psicológicos como ansiedade, dificuldades sexuais e deterioração na função cognitiva e social (MEHTA; VENKATA; CHETTER, 2006), além do sintoma de CI. Apesar dessas evidências, a avaliação do impacto dessa condição de saúde no domínio atividade e participação ainda é incipiente. No entanto, o estudo realizado por Vyskocil, Gruther e Steiner (2014), com o objetivo de identificar as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que indicam o estado de saúde de pacientes com DAP e descreve sua

limitação funcional, através do Questionário Arterial Periférico (PAQ) (SPERTUS; JONES; POLERI, 2004) e da medida do Índice Tornozelo Braço (ITB), buscou avaliar este impacto na população com DAP. O estudo foi realizado com 77 pacientes diagnosticados com DAP. Do ponto de vista clínico, as categorias da CIF identificadas incluíram várias limitações dos pacientes que apresentam DAP, sendo a limitação de andar o sintoma chave. Correlações significativas entre as categorias da CIF e as funções corporais, atividade e participação foram observadas. As categorias associadas com o ITB descreveram deficiências nas funções dos vasos sanguíneos e as categorias relacionadas com o PAQ refletem limitação física, sintomas, qualidade de vida e os aspectos sociais. Os participantes com baixo ITB e que exibiram baixa capacidade de andar, apresentaram maiores limitações na atividade e restrições em sua participação social e integração. Os fatores contextuais não mostraram uma relação significativa com as medidas para PAD utilizados nesse estudo. Desta forma, não revelaram qualquer efeito significativo sobre a pontuação PAQ total ou do ITB (VYSKOCIL; GRUTHER; STEINER, 2014).

Nesse contexto, fica evidente a necessidade de uma maior compreensão do perfil funcional dos pacientes com DAP para que propostas terapêuticas mais efetivas possam ser orientadas.

1.1 Objetivos

1.1 Objetivo geral

Descrever o perfil funcional de indivíduos com DAP.

1.2 Objetivos específicos

1.2.1 Avaliar o componente atividade e participação de pacientes com DAP por meio do Perfil de Atividade Humana (PAH) e de uma Escala de Participação, respectivamente.

1.2.2 Comparar o componente de atividade e participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo e Aspectos Éticos

Trata-se de um estudo observacional transversal que respeitou todos os aspectos éticos previstos na Resolução N^o196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, apresentando caráter voluntário e anônimo. Foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP . UFMG). Todos os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e depois de esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

a. Amostra

A amostra foi não probabilística composta por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, independente de sexo, recrutados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter DAP diagnosticada e ITB menor que 0,9. Foram excluídos os pacientes que apresentaram escore no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) inferior ao ponto de corte determinado de acordo com o nível de escolaridade (BERTOLUCCI; BRUCKI; CAMPACCI, 1994) e que tenham queixa principal de limitação decorrente de problemas ortopédicos ou neurológicos, sintoma isquêmico de repouso e úlcera. A amostra foi recrutada no Serviço de Apoio a Pessoas com DAP do Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e no Ambulatório Bias Fortes. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2015 a abril de 2016.

2.2 Instrumentos

Foi utilizado para a avaliação cognitiva, o MEEM (anexo 3), que rastreia eventuais perdas cognitivas, por meio da avaliação de habilidades como orientação de tempo e espaço, de cálculo, funções executivas, memória e linguagem. O teste é composto por 11 itens com valor máximo de 30. Os pontos de corte definidos para o presente estudo estão de acordo com Bertolucci, Brucki e

Campacci (1994): 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 pontos para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos).

O paciente foi submetido a uma avaliação, que incluiu anamnese, exames físicos, dados pessoais e dados socioeconômicos (Apêndice 2).

O domínio participação foi investigado pela Escala de Participação (EP), (VAN BRAKEL; ANDERSON; MUTATKAR, 2006) (ANEXO 1), que é composta de 18 itens, com graduações para cada item que variam de 1 a 5 pontos. O escore final varia de 0-90, com os seguintes pontos de cortes para participação: 0-12 sem restrição significativa, 13-22 leve restrição, 23-32 restrição moderada, 33-52 restrição grave e 53-90 restrição extrema. Esta escala informa sobre possíveis restrições em áreas relacionadas ao aprendizado e aplicação do conhecimento, comunicação e cuidados pessoais, mobilidade, vida doméstica, interação, relacionamentos interpessoais e em comunidade. A EP foi validada para indivíduos a partir de 15 anos e apresenta adequada confiabilidade (VAN BRAKEL; ANDERSON; MUTATKAR, 2006). Para que o entrevistado responda ao questionário é necessário que ele se compare com um *par*+ real ou imaginário, ou seja, alguém que lhe seja semelhante em todos os aspectos, exceto pela doença ou deficiência. Caso o entrevistado acredite que o seu nível de participação seja inferior ao seu *par*+, ele deve avaliar o quanto este problema representa na sua vida (PARTICIPATION SCALE USERS MANUAL, 2010).

O questionário PAH foi utilizado nessa investigação para avaliar o domínio atividade (ANEXO 2). Este instrumento é composto por 94 itens de atividades rotineiras com vários níveis funcionais, ordenadas de acordo com o gasto energético. Para responder ao questionário, o entrevistado deve dizer se ainda realiza, parou de fazer ou nunca fez a atividade explicitada em cada item do instrumento. Com base em cada resposta fornecida pelo entrevistado, calculam-se os escores: o Escore Máximo de Atividade (EMA), o Escore Ajustado de Atividade (EAA) e o índice de atividade. O EMA corresponde à numeração da atividade com a maior demanda de oxigênio que o indivíduo *ainda faz*+. O EAA é calculado subtraindo-se do EMA o número de itens que o indivíduo *parou de fazer*+, anteriores ao último que ele *ainda faz*+. A partir do cálculo do EAA, o participante pode ser classificado entre 3 modalidades: debilitado ou inativo, moderadamente ativo e ativo.

Aquele considerado debilitado ou inativo possui o EAA menor que 53, já o considerado moderadamente ativo apresenta EAA entre 53 e 74, e aquele citado como ativo têm o EAA maior que 74. O EAA fornece uma estimativa mais estável das atividades diárias, pois representa os níveis médios de equivalentes metabólicos gastos em um dia típico. Essa forma simples de pontuação fornece uma medida rápida e significativa da alteração dos níveis de energia e possibilita comparações entre os níveis de atividade de populações saudáveis e com alguma disfunção. O índice idade de atividade fornece uma estimativa da idade equivalente ao EMA alcançado pelo indivíduo e corresponde à idade na qual 50% dos adultos saudáveis de uma dada idade e sexo superam aquele EMA. O objetivo da conversão do EMA em EAA é fazer uma comparação entre o seu nível de atividade e o da população em geral, (DAUGHTON; FIX; KASS, 1982). A versão brasileira do PAH, pode ser aplicada em indivíduos com níveis funcionais diferentes. Além disso, demonstra estabilidade nas respostas e permite a discriminação entre diferentes níveis de habilidade funcional, (SOUZA; MAGALHÃES; TEIXEIRA-SALMELA, 2006).

2.3 Procedimentos

Os aplicadores foram devidamente treinados para realizarem a coleta de dados, padronizando a forma de aplicação dos questionários. A partir da assinatura do TCLE, os participantes que tinham mais de 65 anos foram avaliados pelo MEEM, posteriormente foi realizada a avaliação clínica e por fim, foram aplicados a Escala de Participação e o PAH em ordem aleatória.

2,3 Análises de dados

Os dados de caracterização da amostra e o perfil de atividade e participação foram tabulados em planilha e analisados de forma descritiva. As variáveis contínuas foram apresentadas como medidas de tendência central e dispersão e as variáveis categóricas como frequência. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste qui-quadrado e teste T independente. Foi considerado para significância um $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Foram coletados para o estudo dados de 88 participantes, dos quais um foi excluído devido ao escore no MEEM ser menor que 18, totalizando 87 participantes. A maior parte da amostra era do sexo masculino com média de idade de $64,86 \pm 7,94$ anos, sendo 46 anos a menor idade e 87 anos a maior idade. Todos os indivíduos eram claudicantes e possuíam valores médios do ITB de $0,58 \pm 0,14$ à direita e $0,57 \pm 0,24$ à esquerda. O valor médio do índice de massa corporal (IMC) foi de $26,47 \pm 4,76$ Kg/m². As características sociodemográficas, clínicas, funcionais e hábitos de vida da amostra estão descritas na Tabela 1. A maioria dos indivíduos era aposentada. Aproximadamente metade dos participantes não tinha o ensino fundamental completo e possuía renda pessoal de até um salário mínimo. Em relação as comorbidades associadas, 92% dos indivíduos apresentavam hipertensão arterial sistêmica. Apenas 11,6% realizavam acompanhamento da doença vascular periférica em sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e 48,3% já haviam feito cirurgia vascular. A maior parte da amostra era ex-tabagista e não realiza atividade física. De acordo com o escore do PAH, a maioria dos participantes foi classificada como debilitado ou inativo. O valor médio EMA foi $66,14 \pm 12,41$, e do EAA foi $49,25 \pm 16,19$. Na Escala de Participação o escore médio da amostra foi de $15,41 \pm 14,14$ (leve restrição), mas aproximadamente metade dos participantes não apresentava restrição.

Tabela1: Características sociodemográficas, clínicas, funcionais e hábitos de vida da amostra (n=87).

		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo	Feminino	29	33,3
	Masculino	58	66,7
	Total	87	100
Situação de trabalho	Ativo	10	11,5
	Aposentado	68	78,2
	Afastado	6	6,9
	Desempregado	3	3,4
	Total	87	100
Escolaridade	Analfabeto	11	12,6
	Fund. Incompleto	38	43,7
	Fund. Completo	13	14,9
	Médio incompleto	9	10,3
	Médio completo	15	17,2
	Superior incompleto	0	0
	Superior completo	1	1,1
Renda pessoal	Total	87	100
	Nenhuma	2	2,3
	Até 1 salário	42	48,3
	>1 e m3 salários	29	33,3
	> 3 a m6 salários	13	14,9
	> 6 a m9 salários	1	1,1
Condições	Total	87	100
	Hipertensão arterial sistêmica	80	92,0
	Diabetes <i>melitus</i>	42	48,3
Hábitos de vida	Dislipidemia	35	40,2
	Tabagismo		
	Não	9	10,3
	Sim	25	28,7
	Ex-tabagista	53	60,9
Classificação PAH	Atividade física		
	Não	56	65,1
	Sim	30	34,9
Classificação PAH	Debilitado ou inativo	51	58,6
	Mod. Ativo	30	30,4
	Ativo	6	6,9
	Total	87	100
Classificação EP	Restrição extrema	2	2,3
	Restrição grave	10	11,5
	Restrição moderada	11	12,6
	Leve restrição	16	18,4
	Sem restrição	48	55,2
	Total	87	100

Fund.: fundamental; Mod.: moderadamente; PAH: Perfil de Atividade Humana; EP: Escala de Participação

Dos indivíduos entrevistados, 36 realizaram reabilitação vascular no Serviço de Apoio a Pessoas com DAP do Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da UFMG. Os dados sobre a frequência relativa das respostas por itens da Escala de Participação e a comparação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular estão descritos na Tabela 2. Na comparação entre os grupos foi verificada diferença significativa apenas na questão 12 que aborda a locomoção dos indivíduos dentro e fora de casa. Nessa questão, somente 11,1% dos participantes de programa de reabilitação vascular relataram ter dificuldade em se locomover, enquanto no grupo que não participou de programa de reabilitação vascular esse valor sobe para 37,3%.

Os dados sobre a percepção da intensidade do problema entre os participantes que reconheceram as questões da Escala de Participação como um problema estão descritos da Tabela 3. Mais de 50% dos participantes reconheceram dificuldade de participação nas questões Q1, Q2, Q4, Q5, Q6 e Q11. No entanto, somente as questões Q1 e Q2, que se referem ao trabalho, foram percebidas como um grande problema para a maioria dos participantes. Já as questões Q4, Q5, Q6 e Q11, que se referem ao lazer, não foram avaliadas como um problema pelos participantes.

A tabela 4 mostra a comparação dos escores do PAH e da Escala de Participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular. Diferença significativa entre os grupos foi observada somente nos escores do PAH. A Escala de Participação não apresentou diferença entre os grupos.

Tabela 2 É Frequência relativa das respostas por itens da Escala de Participação e comparação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular.

Questões da Escala de Participação	Amostra total (n=87)				R (n=36)				NR (n=51)				Valor p RV vs. NRV
	I	N	AV	S	I	N	AV	S	I	N	AV	S	
Q1: Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?	4,6	58,6	0	36,8	5,6	47,2	0	47,2	3,9	66,7	0	29,4	0,192
Q2: Você trabalha tanto quanto seus pares?	3,4	48,3	0	48,3	2,8	44,4	0	52,8	3,9	51,0	0	45,1	0,769
Q3: Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares?	5,8	12,6	0	81,6	2,7	5,6	0	91,7	7,9	17,6	0	74,5	0,126
Q4: Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento)?	2,3	65,5	0	32,2	0	63,9	0	36,1	3,9	66,7	0	29,4	0,421
Q5: Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos	0	52,9	0	47,1	0	41,7	0	58,3	0	60,8	0	39,2	0,079
Q6: Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que os seus pares?	0	56,3	1,7	42,5	0	47,2	2,8	50,0	0	62,7	0	37,3	0,210
Q7: Você é tão ativo socialmente quanto os seus pares?	2,3	36,8	0	60,9	2,8	27,8	0	69,4	1,9	43,2	0	54,9	0,464
Q8: Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto os seus pares?	0	9,2	0	90,8	0	8,3	0	91,7	0	9,8	0	90,2	0,815
Q9: Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares?	1,1	13,9	1,1	83,9	2,7	5,6	0	91,7	0	19,6	2,0	78,4	0,134

Frequência relativa das respostas na Escala de Participação e comparação do percentual entre grupos (CONTINUAÇÃO).

Questões da Escala de Participação	Amostra total (n=87)				R (n=36)				NR (n=51)				Valor p R versus NR
	I	N	AV	S	I	N	AV	S	I	N	AV	S	
Q10: Você tem as mesmas oportunidades que seus pares para iniciar ou manter uma relação duradoura com um companheiro (a)?	11,5	26,4	0	62,1	8,3	16,7	0	75,0	13,8	33,3	0	52,9	0,110
Q11: Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?	0	50,6	0	49,4	0	52,8	0	47,2	0	49,0	0	51,0	0,730
Q12: Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que os seus pares?	1,2	26,4	0	72,4	2,8	11,1	0	86,1	0	37,3	0	62,7	0,015
Q13: Em sua cidade/vizinhança, você frequenta todos os locais públicos?	0	35,6	0	64,4	0	27,8	0	72,2	0	41,2	0	58,8	0,199
Q14: Em sua casa, você faz o serviço de casa?	0	20,7	0	79,3	0	16,7	0	83,3	0	23,5	0	76,5	0,436
Q15: Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?	5,7	11,5	1,2	81,6	11,1	8,3	0	80,6	2,0	13,6	2,0	82,4	0,229
Q16: Você ajuda outras pessoas?	0	3,4	0	96,6	0	2,8	0	97,2	0	3,9	0	96,1	0,773
Q17: Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?	0	6,9	0	93,1	0	5,6	0	94,4	0	7,8	0	92,2	0,678
Q18: Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?	0	12,6	0	87,4	0	16,7	0	83,3	0	9,8	0	90,2	0,343

I: irrelevante; N: não; AV: às vezes; S: sim; R: participantes de programa de reabilitação vascular; NR: não participantes de programa de reabilitação vascular; vs.: versus.

Tabela 3 É Percepção da intensidade do problema entre os participantes que reconheceram as questões da Escala de Participação como um problema.

Questões da Escala de Participação	Frequência absoluta (Frequência relativa)				N Total
	Não é problema	Pequeno problema	Médio problema	Grande problema	
Q1	15 (28,9)	5 (9,6)	5 (9,6)	27 (51,9)	51
Q2	6 (14,0)	3 (6,9)	7 (16,3)	27 (62,8)	43
Q3	0	2(18,2)	1 (9,1)	8 (72,7)	11
Q4	25 (43,9)	9 (15,8)	7 (12,2)	16 (28,1)	57
Q5	23 (50,0)	7 (15,2)	5 (10,9)	11 (23,9)	46
Q6	24 (48,0)	6 (12,0)	3 (6,0)	17 (34,0)	50
Q7	17 (53,1)	2 (6,2)	6 (18,8)	7 (21,9)	32
Q8	3 (37,5)	0	2 (25,0)	3 (37,5)	8
Q9	3 (25,0)	0	3 (25,0)	6 (50,0)	12
Q10	11 (47,8)	1 (4,4)	3 (13,0)	8 (34,8)	23
Q11	26 (59,1)	6 (13,6)	5 (11,4)	7 (15,9)	44
Q12	5 (21,7)	2 (8,8)	5 (21,7)	11 (47,8)	23
Q13	14 (45,2)	5 (16,0)	6 (19,4)	6 (19,4)	31
Q14	6 (33,4)	2 (11,1)	2 (11,1)	8 (44,4)	18
Q15	4 (40,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	10
Q16	1 (33,3)	0	1 (33,3)	1 (33,3)	3
Q17	3 (50,0)	3 (50,0)	0	0	6
Q18	3 (27,3)	1 (9,0)	2 (18,2)	5 (45,5)	11

Tabela 4 É Comparação dos escores do Perfil de Atividade Humana (PAH), da Escala de Participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular.

Variáveis	R (n=36)	NR (n=51)	Valor p
Idade (anos)	64,86 ± 7,94	65,57 ± 8,59	0,697
IMC (Kg/m²)	25,34 ± 4,10	27,26 ± 5,06	0,063
EMA (escore)	71,39 ± 9,82	62,43 ± 12,77	0,001
EAA (escore)	55,94 ± 13,85	44,53 ± 16,17	0,001
EP (escore)	12,06 ± 12,76	17,78 ± 14,70	0,062

IMC: índice de massa corporal; EMA: escore máximo de atividade; EAA: escore ajustado de atividade; EP: Escore na Escala de Participação; R: participantes de programa de reabilitação vascular; NR: não participantes de programa de reabilitação vascular.

4 DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por idosos, em sua maioria homens. A DAP é principalmente causada por lesões ateroscleróticas (MENÊSES; FARAH; RITTI-DIAS, 2012) e como o crescimento da placa aterosclerótica acontece de forma lenta e insidiosa, os sintomas da doença são postergados, o que ajuda a explicar o maior acometimento da população idosa (MAKDISSE; RAMOS; MOREIRA, 2007; CIMMINIELLO, 2002). O aumento da longevidade, tabagismo e diabetes são os fatores de risco mais associados ao desenvolvimento da DAP (CONTE; POMPOSELLI; CLAIR, 2015), e também prevalentes no presente estudo. A amostra foi composta majoritariamente por homens (66,7%), o que difere do que a literatura apresenta. Em países de alta renda, a prevalência do DAP é igual entre homens e mulheres, enquanto que em países de baixa e média renda, a prevalência é maior em mulheres, especialmente as mais jovens (FOWKES; RUDAN; RUDAN, 2013).

O valor médio do IMC encontrado na amostra foi de 26,47 Kg/m², o que caracterizaria sobrepeso de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). Porém, para a avaliação da composição corporal na população idosa, a faixa entre 22-27 Kg/m² é aceita como referência de normalidade (LIPSCHITZ, 1994). Vale a pena ressaltar, mesmo que o parâmetro de sobrepeso proposto pela Organização Mundial de Saúde fosse utilizado, o aumento de peso não é um fator de risco importante para DAP (CONTE; POMPOSELLI; CLAIR, 2015).

A média dos valores do ITB na amostra estudada variou entre 0,5 e 0,6, demonstrando que os indivíduos possuem um grau moderado da DAP de acordo com Makdisse, Ramos e Moreira (2007). Segundo esses autores, os valores de ITB são classificados em: Normal (0,9 . 1,3), DAP leve (0,7 . 0,89), DAP moderada (0,4 . 0,69), DAP grave (< 0,4). Todos os participantes da pesquisa relataram apresentar claudicação intermitente, e desses, aproximadamente 65% não realizavam atividade física. A literatura reconhece o exercício físico como um dos pilares do tratamento conservador de indivíduos com DAP, promovendo um aumento nas distâncias caminhadas e redução dos sintomas de claudicação (LAURET; FAKHRY; FOKKENROOD, 2014; FOKKENROOD; BENDERMACHER; LAURET, 2013; LOCATELLI; PELIZZARI; SCAPINI, 2009). De acordo com o Protocolo de Diabetes Mellitus e Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular do município de Belo

Horizonte (2011), indivíduos com DAP devem realizar caminhada, orientada pelo fisioterapeuta do NASF, além de controlar os fatores de risco para a doença (REGO; CARVALHO; CAMPOS, 2011). Entretanto, apenas 11,6% dos indivíduos da amostra, apresentavam acompanhamento pela unidade básica de saúde, o que evidencia a necessidade de maior assistência da atenção primária para esses pacientes.

No presente estudo a maioria dos participantes relatou limitação em atividade, sendo classificados como debilitado ou inativo, mas não reportou restrição na participação. O escore médio da Escala de Participação indicou leve restrição para a totalidade da amostra, no entanto quando a amostra foi estratificada pelo grau de restrição da participação, observou-se que mais de 50% dos indivíduos não apresentaram restrições. Atividade, de acordo com o modelo de incapacidade e funcionalidade proposto pela CIF, é definida como a execução de uma tarefa por um indivíduo, representando uma perspectiva individual da funcionalidade, enquanto que participação é o envolvimento do indivíduo em uma situação da vida e fornece uma perspectiva social da funcionalidade (OMS, 2003). Esse modelo entende que a funcionalidade e a incapacidade resultam da interação dinâmica entre uma condição de saúde e fatores do contexto e que a relação entre os seus componentes pode ser estabelecida de diferentes formas (OMS, 2003). Desta maneira, o resultado desse estudo reflete esse pressuposto, onde o fato do indivíduo ter limitação no componente atividade não impacta necessariamente em restrição da participação, demonstrando que a funcionalidade/incapacidade vai além da análise desses componentes (OMS, 2003).

Embora o escore médio e o grau de restrição da Escala de Participação não tenham evidenciado comprometimento nesta amostra, quando as questões da escala são analisadas isoladamente, alguns pontos importantes merecem ser destacados. Mais de 50% dos participantes relataram restrição em participação nas questões relacionadas a ter oportunidade de trabalho, participar de festas, rituais e atividades recreativas/sociais e visitar outras pessoas na comunidade. No estudo de Vyskocil, Gruther e Steiner (2014), foram identificadas categorias de acordo com o modelo da CIF que são relevantes para indivíduos com DAP também relacionadas à atividade e participação como caminhada, gerenciamento de sua própria vida e realização da rotina diária. A comparação dos nossos achados com os de Vyskocil,

Gruther e Steiner (2014) é limitada, pois seu estudo não identificou especificamente quais foram as restrições de participação encontradas na amostra com DAP.

Ao avaliar a intensidade do problema para as questões nas quais mais da metade dos participantes relataram dificuldade, é possível perceber que na questão relacionada ao trabalho, que é um ambiente não protegido, competitivo, que envolve produção, o participante percebeu de forma mais evidente o problema na sua vida. Essa restrição não necessariamente está relacionada somente à condição de saúde, mas pode também refletir o atual momento socioeconômico do Brasil, onde mais de 10 milhões de pessoas estão desempregadas (IBGE, 2016). Essa dificuldade de inserção no mercado de trabalho fica ainda mais evidente quando não há uma qualificação. Na amostra do presente estudo, 56,3% dos participantes são analfabetos ou não completaram o ensino fundamental. Além disso, podemos observar que embora aproximadamente 80% dos participantes sejam aposentados e tenham baixa renda, o retorno ao trabalho e consequente aumento da receita, ainda é uma necessidade que faz presente.

Já nas questões relacionadas ao lazer, apesar de existir dificuldade em mais da metade da amostra, os participantes não perceberam essas restrições como um problema. Talvez o lazer não seja um problema porque o indivíduo pode optar por não fazer. Essa opção pode não estar disponível para as questões relacionadas ao trabalho. Além disso, a maioria da amostra tem renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo, que pode ser um fator limitante para a participação em atividades relacionadas ao lazer. Essa associação também foi encontrada por diversos autores. Zaitune, Barros e César (2007) verificaram que idosos com menor renda familiar *per capita* e menor escolaridade se envolviam menos em atividades de lazer (ZAITUNE; BARROS e CÉSAR, 2007). Em um estudo realizado na Nigéria, com 96 pacientes pós acidente vascular cerebral, foi observado que a participação social também foi determinada pela condição econômica dos indivíduos (VINCENT-ONABAJO; IHAZA; ALI, 2016). No Brasil, a associação entre o nível socioeconômico e práticas de atividades relacionadas ao lazer também foi demonstrada em uma amostra de 3.136 pessoas de 20 a 60 anos (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2009).

A questão da Escala de Participação relativa à locomoção também não foi percebida como um fator limitante na amostra total, apesar de 100% dos participantes apresentarem claudicação intermitente. Porém, a limitação na locomoção foi maior em indivíduos que não participavam de programa de

reabilitação vascular. Os indivíduos que participavam de reabilitação perceberam menos a limitação na locomoção dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade, comparado aos indivíduos que não participavam de reabilitação formal, provavelmente devido à redução dos sintomas e melhora da capacidade funcional. A literatura demonstra que indivíduos com DAP submetidos a um programa de exercício físico aumentam o tempo e distância de caminhada livre do sintoma claudicante e até a claudicação máxima (PARMENTER; RAYMOND; DINNEN, 2011). Esses benefícios estão relacionados ao aumento da capacidade oxidativa muscular, redução da glicólise anaeróbia, melhora da vasodilatação endotélio-dependente e diminuição de marcadores sistêmicos inflamatórios (MALGOR; ALALAHADAB; ELRAIYAH, 2015, FOKKENROOD; BENDERMACHER; LAURET, G.J., 2013).

Essa diferença entre grupos de indivíduos participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular também foi observada nos escores do PAH (EMA e EAA). Na amostra do estudo, os piores escores foram verificados nos indivíduos que não participavam de programa de reabilitação vascular. A literatura demonstra que um programa de exercício físico supervisionado pode ser considerado a modalidade de tratamento mais eficaz para aliviar os sintomas dos pacientes com claudicação intermitente (HIRCH; HASKAL; HERTZER, 2005; REGENSTEINER, 1997). Caminhar regularmente resulta no aumento da velocidade, da distância e da duração da caminhada, com a diminuição dos sintomas de claudicação em toda intensidade do exercício (REGENSTEINER, 1997). As melhoras induzidas pelo exercício na capacidade de caminhar se traduzem em aumento no desempenho do indivíduo para realizar atividades de vida diária, (GARDNER; KATZEL; SORKIN, 2002) na auto-percepção de funcionalidade e no nível de atividade física (REGENSTEINER; STEINER; HIATT, 1996).

Na escala de participação não foi detectada diferença entre os grupos participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular. Embora o valor de p para a comparação entre grupos tenha sido próximo ao valor de significância estabelecido, ao calcular o poder estatístico da análise foi encontrado um valor suficiente para a comparação de 81,5%. Ou seja, a não existência de diferença no escore de participação não pode ser atribuído ao tamanho amostral. Acreditamos que os fatores contextuais possam ter influenciado a não existência de diferença entre os grupos. A reabilitação vascular embora possa contribuir para a

diminuição dos sintomas e melhora da performance de caminhada, não é suficiente para garantir sozinha um aumento da participação social dos indivíduos com DAP.

Uma das limitações do presente estudo seria a ausência de grupo controle com DAP. Futuros estudos envolvendo maiores números de centros de acompanhamento de pacientes com DAP e com um N maior, contribuiriam para uma análise mais abrangente

5 CONCLUSÃO

A DAP com sintomatologia leva a limitação de atividade em indivíduos idosos, mas não acarreta impacto importante na participação. Isoladamente, o único fator que representou um grande problema na amostra estudada foi a oportunidade de encontrar trabalho. Esse fato pode estar relacionado às características educacionais e socioeconômicas dos participantes, assim como refletir a atual crise econômica brasileira.

Na comparação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular foi possível observar o impacto positivo do tratamento no componente atividade, não havendo, entretanto, repercussão no componente participação. Esse achado reforça o modelo da CIF, que acredita na possibilidade de múltiplas interações entre seus componentes.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L.C.; ASSIS, C.S.; WOLOSKER, N. *et al.* Associação entre fadiga e capacidade funcional em pacientes com claudicação intermitente. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.5, p.937-944, set-out., 2015.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsychiatry**, v.52, p.1-7, 1994.

CIMMINIELLO, C.; PAD Epidemiology and pathophysiology, Divisione Medicina II, Ospedale Vimercate, Milano, **Italy Thrombosis Research** 106, V295. V301, 2002.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Resolução CNS 196/96 - Conselho Nacional de Saúde.**

CONTE, M.S.; POMPOSELLI, F.B.; CLAIR, D.G. *et al.* Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication. From the Society for Vascular Surgery. **Journal of Vascular Surgery**, v.61, n.3S Copyright , 2015 by the Society for Vascular Surgery. Published by Elsevier Inc.

CRIQUI, M.H.; LANGER, R.D.; FRONEK, A. *et al.* Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. **N Engl J Med.**, v.326, p.381. 386, 1992.

CUCATO, G.G.; ZERATI, A.E.; CHEHUEN, M.R. *et al.* **Comparison between subjective and objective methods to assess functional capacity during clinical treatment in patients with intermittent claudication.** Study carried out at Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil. Received on: Feb 6, 2013 . Accepted on: Oct 20, 2013.

DAUGHTON, D.M.; FIX, A.J.; KASS, I. *et al.* Maximum oxygen consumption and the ADAPT quality-of- life scale. **Arch Phys Med Rehabil.**, v. 63, n. 12, p. 620-622, Dec. 1982.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.12, n.4, p.646-58, 2009.

FOKKENROOD, H.J.; BENDERMACHER, B.L.; LAURET, G.J. *et al.* Supervised exercise therapy versus non-supervised exercise therapy for intermittent claudication (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 8. Art. No.: CD005263. DOI: 10.1002/14651858.CD005263.pub3.

FOWKES, F.G.; RUDAN, D.; RUDAN, I. *et al.* Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. **Lancet** v.382, p.1329-40, 2013.

GARDNER, A.W.; KATZEL, L.I.; SORKIN, J.D. *et al.* Effects of long-term exercise rehabilitation on claudication distances in patients with peripheral arterial disease: a randomized controlled trial. **J Cardiopulm Rehabil** v.22, p.192-8, 2002.

HIRSCH, A.T.; HARTMAN, L.; TOWN, R.J. *et al.* National health care costs of peripheral arterial disease in the Medicare population. **Vasc Med** v.13, p.209-215, 2008.

HIRSCH, A.T.; HASKAL, Z.J.; HERTZER, N.R. *et al.* **ACC/AHA PRACTICE GUIDELINES¹ FULL TEXT - WRITING COMMITTEE MEMBERS, ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic):** a Collaborative Report from the American Association for Vascular Surgery/ Society for Vascular Surgery,* Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease). Old Georgetown Road, Bethesda, MD 20814-1699. Ask for reprint number 71-0349. To obtain a copy of the Executive Summary published in the Month Day, 2005, issue of the Journal of the American College of Cardiology and the Month Day, 2005, issue of Circulation, ask for reprint number 71-0348.

LAURET, G.J.; FAKHRY, F.; FOKKENROOD, H.J. *et al.* Modes of exercise training for intermittent claudication. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014, 7:CD009638.

LIPSCHITZ, D.A.; Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. v.21, n.1, p.55-67, Mar., 1994.

LOCATELLI, E.C.; PELIZZARI, S.; SCAPINI K.B. *et al.* Exercícios físicos na doença arterial obstrutiva periférica. **J.vasc.bras.**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, set., 2009.

MAKDISSE, M.; RAMOS, L.R.; MOREIRA, F. *et al.* A risk score for predicting peripheral arterial disease in individuals 75 years or older. **Arq Bras Cardiol**. v.88, n.6, p.630-636, 2007.

MALGOR, R.D.; ALALAHDAB, F.; ELRAIYAH, T.A. *et al.* **A systematic review of treatment of intermittent claudication in the lower extremities.** Copyright 2015 by the Society for Vascular Surgery. Published by Elsevier Inc.

MCDERMOTT, M.M.; GREENLAND, P.; LIU, K. *et al.* The ankle brachial index is associated with leg function and physical activity: The Walking and Leg Circulation Study. **Ann Intern Med**. v.139, n.4, p.306, 2003.

MEHTA, T.; VENKATA, S.A.; CHETTER, I. *et al.* Assessing the validity and responsiveness of disease-specific quality of life instruments in intermittent claudication. **Eur J Vasc Endovasc Surg**. v.31, n.1, p.46-52, Jan. 2006. Epub 2005 Oct 14.

MENÊSES, A.L.; FARAH, B.Q.; RITTI-DIAS, R.M. Função muscular em indivíduos com doença arterial obstrutiva periférica: uma revisão sistemática. **Motricidade**, v. 8, n. 1, p. 86-96, 2012.

OMS-OPAS; **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

PARMENTER, B.J.; RAYMOND, J.; DINNEN, P. *et al.* A systematic review of randomized controlled trials: Walking versus alternative exercise prescription as treatment for intermittent claudication. **Atherosclerosis**. v.218, n.1, p.1-12, 2011.

Participation Scale Users Manual Version 6.0. Last revision in 16-04-2010.

PINTO, D.M.; MANDIL, A. Claudicação Intermitente: do Tratamento Clínico ao Intervencionista. **Rev. Bras. de Cardiologia Invasiva**. v. 13, n. 4, p. 261-269. Dez 2005.

PNAD CONTÍNUA: TAXA DE DESOCUPAÇÃO FOI DE 11,2% NO TRIMESTRE ENCERRADO EM ABRIL DE 2016. Comunicação Social 31 de maio de 2016. © 2016 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

REGENSTEINER, J.G. Exercise in the treatment of claudication: assessment and treatment of functional impairment. **Vasc Med**, v.2, p.238-42, 1997.

REGENSTEINER, J.G.; STEINER, J.F.; HIATT, W.R. *et al.* Exercise training improves functional status in patients with peripheral arterial disease. **J Vasc Surg** v.23, p.104-115, 1996.

REGO, A.T.; CARVALHO, A.E.; CAMPOS, E.O. *et al.* **Protocolo de atendimento em diabetes mellitus, angiologia e cirurgia vascular**. Prefeitura Municipal De Belo Horizonte, Junho de 2011.

SOUZA, A. C.; MAGALHÃES, L. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. **Cad.SaudePublica**, v. 22, n. 12, p. 2623-2636, Dec. 2006.

SPERTUS, J.; JONES, P.; POLER, S. *et al.* **The Peripheral Artery Questionnaire: A new disease-specific health status measure for patients with peripheral arterial disease**. Submitted February 21, 2003; accepted August 7, 2003.

VAN BRAKEL, W.H.; ANDERSON, A.M.; MUTATKAR, R.K. *et al.* The Participation Scale: measuring a key concept in public health. **Disability and Rehabilitation** v.28, n.4, p.193-203, 2006.

VINCENT-ONABAJO, G.O.; IHAZA, L.O.; ALI, M.U. *et al.* **Impact of social support on participation after stroke in Nigeria, Topics in Stroke Rehabilitation**, DOI: 10.1080/10749357.2016.1155279, 2016, ISSN: 1074-9357 (Print) 1945-5119 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ytsr20>

VYSKOCIL, E.; GRUTHER, W.; STEINER, I. *et al.* Identification of International Classification of Functioning, Disability and Health categories for patients with peripheral arterial disease. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.** Viena, Áustria, v. 93, n. 3, p. 8-570, mar 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation, Geneva 2000.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G. *et al.* Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1329-1338, jun, 2007.

ZERATI, A. E. **Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com claudicação intermitente e sua correlação com nível de obstrução arterial.** 2011. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) . Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Obrigada pelo interesse e disponibilidade em participar deste estudo. O nosso objetivo é avaliar o perfil de indivíduos na realização de atividades da vida diária, que possuem a doença arterial obstrutiva periférica. Este projeto será desenvolvido como um Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

INFORMAÇÕES

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar o perfil funcional de pacientes com DAP.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

Inicialmente, será aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) com o objetivo de identificar possíveis alterações de raciocínio, linguagem e atenção, que possam comprometer a capacidade do indivíduo de responder as perguntas feitas. Após será realizada uma avaliação, onde serão coletadas informações para a sua identificação, além de alguns dados clínicos. Para garantir o seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome. Em seguida, serão aplicados dois questionários: a Escala de Participação (EP) e o Perfil de Atividade Humana (PAH), em ordem aleatória. O Questionário da Escala de Participação é composto de 18 itens sobre possíveis limitações em atividades sociais que o(a) Sr(a) possa ter, e tem por objetivo fornecer um valor das dificuldades encontradas. O Questionário de Perfil de Atividade Humana (PAH) é composto por 94 itens sobre as atividades que o(a) Sr(a) realiza no seu dia a dia e sobre o gasto de energia utilizado em cada atividade. O objetivo desse questionário é avaliar o nível de atividade física do (a) Sr(a).

RISCOS

Não existem riscos físicos durante a realização desta pesquisa.

BENEFÍCIOS

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

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR

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

GASTOS FINANCEIROS

Os testes e todos os materiais utilizados na pesquisa não terão custo para o(a) Sr(a).

USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

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

DECLARAÇÃO

E

ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que eu venha a ter com relação à pesquisa com: Amanda Pereira Santos . (0XX31) 8908-1597 / Jhessica Macieira Pereira . (0XX31) 8755-3732/ Prof^a. Dra. Sheyla Rossana Cavalcanti Furtado-(0XX31) 9973-2643/3409-7404/ Prof^a. Dra. Danielle Aparecida Gomes Pereira-(0XX31) 34094793/91037415/. Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

Apenas caso haja algum contratempo de característica ética, o sr.(a) poderá entrar em contato com o Contato Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 . Unidade Administrativa II - 2º andar . Sala 2005. CEP: 31270- 901 . BH . MGTelefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Apêndice 2 Ë Avaliação

AVALIAÇÃO

ID _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

Nome: _____

Telefones: () _____ () _____

Sexo: F () M () Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Estado Civil: _____

Acompanhante/Cuidador: _____

Telefone Cuidador: () _____

Endereço Completo Paciente: _____

Cidade: _____

Regional:

() Barreiro () Centro-Sul () Leste () Nordeste () Noroeste () Norte () Oeste ()

Pampulha () Venda Nova

Diagnóstico Clínico: _____

Diagnóstico Fisioterápico: _____

Profissão: _____

Situação atual: () Aposentado () Ativo () Afastado () Desempregado

Escolaridade:

() Nunca Frequentou (analfabeto)

() Sabe apenas assinar o nome

() Fundamental Incompleto

() Fundamental Completo

() Médio Incompleto

() Médio Completo

() Superior Incompleto

() Superior Completo

() Especialização

Obs.: Fundamental - 1º a 8ª série Médio . 2º grau

Faixa Salarial:

- () Nenhuma renda
- () Até 1 salário mínimo
- () De 1 a 3 salários mínimos
- () De 3 a 6 salários mínimos
- () De 6 a 9 salários mínimos
- () De 9 a 12 salários mínimos
- () De 12 a 15 salários mínimos
- () Mais de 15 salários mínimos

É atendido em Centro de Saúde de sua região por causa da DAP? () Sim () Não
Em caso de positivo, qual o nome do centro de saúde em que é atendido?

Em caso de negativo, onde costuma realizar os atendimentos médicos relacionados a DAP?

Onde costuma ser atendido, trata apenas DAP? Ou outras patologias?

No caso de DAP, o tratamento é individualizado? Em grupo? Ou ambos?

Local da obstrução:

- () Aorta abdominal
- () Artéria Ilíaca Comum
- () Artéria Ilíaca superficial
- () Artéria Femoral
- () Artéria Poplítea
- () Artéria Tibial Anterior
- () Artéria Tibial Posterior
- () Outros _____

Sinais e sintomas (relato do paciente):

Claudicação Intermitente: Direito () Sim () Não Esquerdo () Sim () Não

Situação em que CI ocorre: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

- () Angioplastia
 () Cirurgia de revascularização
 () Correção de aneurisma
 () Amputações

Outros: _____

Hábitos:

Tabagismo? S() N() ex-tabagista ()

Tempo que fumou: _____ Tempo que parou de fumar: _____

Número de cigarros/dia: _____ Maços/Ano: _____

Etilismo? S () N ()

Doenças Associadas:

() H.A.S () Diabetes () Doença Hereditária () Obesidade ()

Dislipidemia () Distúrbio de coagulação () Doença respiratória ()

Sedentarismo () Doença Cardíaca () Outras: _____

Realiza alguma atividade física? () Sim () Não

Em caso de positivo, qual tipo de atividade física? _____

Duração: _____ Frequência por semana: _____

Medicamentos Atuais:

Nome	Dose	Frequência

Exame Físico

PA:

IMC:

FC:

ITB Direito/Esquerdo:

Altura:

Peso:

Anexo 1 É Escala de Participação

No	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu					Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
			Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso					
1	Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
2	Você trabalha tanto quanto seus pares? (mesmo número de horas, tipo de trabalho, etc.)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
3	Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
4	Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento), p.ex., feiras, encontros, festas?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
5	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p.ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
6	Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que os seus pares (p.ex., esportes, conversas, reuniões)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
7	Você é tão ativo socialmente quanto os seus pares (p.ex., em atividades religiosas/comunitárias)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
8	Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto os seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
9	Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	

No	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu	Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Pontuação				PONTUAÇÃO	
							Não é problema	Pequeno	Médio	Grande		
10	Você tem as mesmas oportunidades que seus pares para iniciar ou manter uma relação duradoura com um companheiro(a)?											
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
11	Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
12	Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que os seus pares?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
13	Em sua cidade/vizinhança, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
14	Em sua casa, você faz o serviço de casa?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
15	Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
16	Você ajuda outras pessoas (p.ex., vizinhos, amigos ou parentes)?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
17	Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0			0						
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5		

Comentário:

TOTAL

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Graus de restrição de participação

Sem restrição significativa	Leve restrição	Restrição moderada	Restrição grave	Restrição extrema
0 – 12	13 – 22	23 – 32	33 – 52	53 – 90

Isenção de Responsabilidade: A Escala de Participação é propriedade intelectual da Equipe de Desenvolvimento da Escala de Participação. Nem a Equipe, nem seus patrocinadores podem ser responsabilizados por quaisquer consequências do uso da Escala de Participação.

Anexo 2 É Perfil de Atividade Humana É PAH

Nome: _____

Data: _____

Atividades comuns que as pessoas realizam em suas vidas diárias. Para cada questão, responda **Í ainda faço a atividade** se você consegue realizar tal atividade sozinho quando precisa ou quando tem oportunidade. Indique **Í parei de fazer** a atividade se você conseguia realizá-la no passado, mas, provavelmente, não consegue realizá-la hoje, mesmo se tivesse oportunidade. Finalmente, responda **Í nunca fiz** se você, por qualquer motivo, nunca realizou tal atividade.

Instruções PAH

- 1. Principal dúvida:** Decidir se ainda fazem ou se deixaram de fazer uma dada atividade. **Instrução:** A melhor forma de decidir é perguntar a você mesmo se poderia fazer essa atividade hoje, caso houvesse oportunidade.
- O indivíduo deve responder se é capaz de cumprir o item, se for necessário, e não simplesmente se costuma realizar ou não tal atividade no seu dia a dia. Não confundir ter **capacidade** com ter **oportunidade**, **costume** ou **prazer** em realizá-las.
- ITEM 5: Quaisquer atividades que possam ser realizadas em uma mesa, desde cortar legumes a atividades de marcenaria, estão envolvidas neste item.
- ITEM 12: Reforçar que é jogo com caráter de lazer e não se refere a jogos de azar.
- ITEM 67: Exercícios calistênicos: Repetitivos, sequenciais, formativos e militarizantes, que objetivam ganho de força, velocidade, ritmo e agilidade (polichinelo, flexão de braço, abdominal). Dança aeróbia: Exercício submáximo, rítmico, repetitivo, em grandes grupos musculares: forró, pagode, salsa, axé.

ATIVIDADES	Ainda faço	Parei de fazer	Nunca fiz
1. Levantar e sentar em cadeiras ou cama (sem ajuda)			
2. Ouvir rádio			

3. Ler livros, revistas ou jornais			
4. Escrever cartas ou bilhetes			
5. Trabalhar numa mesa ou escrivaninha (qualquer atividade)			
6. Ficar de pé por mais que um minuto			
7. Ficar de pé por mais que cinco minutos			
8. Vestir e tirar roupa sem ajuda			
9. Tirar roupas de gavetas ou armários			
10. Entrar e sair do carro sem ajuda			
11. Jantar num restaurante			
12. Jogar baralho ou qualquer jogo de mesa (lazer)			
13. Tomar banho de banheira sem ajuda			
14. Calçar sapatos e meias sem parar para descansar			
15. Ir ao cinema, teatro ou a eventos religiosos ou esportivos			
16. Caminhar 27 metros (um minuto)			
17. Caminhar 27 metros sem parar (um minuto)			
18. Vestir e tirar a roupa sem parar para descansar			
19. Utilizar transporte público ou dirigir por 1 hora e meia (158 quilômetros ou menos)			
20. Utilizar transporte público ou dirigir por ± 2 horas (160 quilômetros ou mais)			
21. Cozinhar suas próprias refeições			
22. Lavar ou secar vasilhas			
23. Guardar mantimentos em armários			
24. Passar ou dobrar roupas			
25. Tirar poeira, lustrar móveis ou polir o carro			
26. Tomar banho de chuveiro			
27. Subir seis degraus			
28. Subir seis degraus sem parar			
29. Subir nove degraus			
30. Subir 12 degraus			

31. Caminhar metade de um quarteirão no plano			
32. Caminhar metade de um quarteirão no plano sem parar			
33. Arrumar a cama (sem trocar os lençóis)			
34. Limpar janelas			
35 Ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves			
36. Carregar uma sacola leve de mantimentos			
37. Subir nove degraus sem parar			
38. Subir 12 degraus sem parar			
39. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira			
40. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira, sem parar			
41. Fazer compras sozinho			
42. Lavar roupas sem ajuda (pode ser com máquina)			
43. Caminhar um quarteirão no plano			
44. Caminhar dois quarteirões no plano			
45. Caminhar um quarteirão no plano, sem parar			
46. Caminhar dois quarteirões no plano, sem parar			
47. Esfregar o chão, paredes ou lavar carros			
48. Arrumar a cama trocando lençóis			
49. Varrer o chão			
50. Varrer o chão por cinco minutos, sem parar			
51. Carregar uma mala pesada ou jogar uma partida de boliche			
52. Aspirar o pó de carpetes			
53. Aspirar o pó de carpetes por cinco minutos, sem parar			
54. Pintar o interior ou o exterior da casa			
55. Caminhar seis quarteirões no plano			
56. Caminhar seis quarteirões no plano, sem parar			
57. Colocar o lixo para fora			

58. Carregar uma sacola pesada de mantimentos			
59. Subir 24 degraus			
60. Subir 36 degraus			
61. Subir 24 degraus, sem parar			
62. Subir 36 degraus, sem parar			
63. Caminhar 1,6 quilômetro (± 20 minutos)			
64. Caminhar 1,6 quilômetro (± 20 minutos), sem parar			
65. Correr 100 metros ou jogar peteca, <i>voley</i> , <i>baseball</i>			
66. Dançar socialmente			
67. Fazer exercícios calistênicos ou dança aeróbia por cinco minutos, sem parar			
68. Cortar grama com cortadeira elétrica			
69. Caminhar 3,2 quilômetros (± 40 minutos)			
70. Caminhar 3,2 quilômetros sem parar (± 40 minutos)			
71. Subir 50 degraus (2 andares e meio)			
72. Usar ou cavar com a pá			
73. Usar ou cavar com a pá por 5 minutos, sem parar			
74. Subir 50 degraus (2 andares e meio), sem parar			
75. Caminhar 4,8 quilômetros (± 1 hora) ou jogar 18 buracos de golfe			
76. Caminhar 4,8 quilômetros (± 1 hora), sem parar			
77. Nadar 25 metros			
78. Nadar 25 metros, sem parar			
79. Pedalar 1,6 quilômetro de bicicleta (2 quarteirões)			
80. Pedalar 3,2 quilômetros de bicicleta (4 quarteirões)			
81. Pedalar 1,6 quilômetro, sem parar (2 quarteirões)			

82. Pedalar 3,2 quilômetros, sem parar (4 quarteirões)			
83. Correr 400 metros (meio quarteirão)			
84. Correr 800 metros (um quarteirão)			
85. Jogar tênis/frescobol ou peteca			
86. Jogar uma partida de basquete ou de futebol			
87. Correr 400 metros, sem parar (meio quarteirão)			
88. Correr 800 metros, sem parar (um quarteirão)			
89. Correr 1,6 quilômetro (2 quarteirões)			
90. Correr 3,2 quilômetros (4 quarteirões)			
91. Correr 4,8 quilômetros (6 quarteirões)			
92. Correr 1,6 quilômetro em 12 minutos ou menos			
93. Correr 3,2 quilômetros em 20 minutos ou menos			
94. Correr 4,8 quilômetros em 30 minutos ou menos			

- EMA (Escore Máximo de Atividade): Numeração da atividade com a mais alta demanda de O₂ que o indivíduo ainda faz, não sendo necessário cálculo matemático.
- EAA (Escore Ajustado de Atividade): [EMA . nº de itens que o indivíduo parou de fazer anteriores ao último que ele ainda faz].

Classificação	EAA
Debilitado (inativo)	< 53
Moderadamente ativo	53 . 74
Ativo	> 74

EAA: EMA - N^o parou de fazer = [_____ - _____] = _____

Classificação: _____

Equivalência em MET = _____

Anexo 3 - Mini Exame do Estado Mental Ë MEEM

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Instruções: As palavras em **negrito** devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Substituições aparecem entre parênteses. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta. Comece formulando as duas questões seguintes: O Sr(a) tem algum problema com a sua memória? Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	RESPOSTA	SCORE	
Em que estação do ano nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
Em que mês nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
Em que dia da semana nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
Em que dia do mês nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		Incorreto Correto	0 1
Onde nós estamos agora?		Incorreto Correto	0 1
Em que Estado nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
Em que Cidade nós estamos?		Incorreto Correto	0 1
Em que Bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)		Incorreto Correto	0 1
O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função)		Incorreto Correto	0 1
Em que andar nós estamos?		Incorreto Correto	0 1

REGISTRO Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: REAL [pausa], MALA [pausa], CASA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim. [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]			
REAL		Incorreto Correto	0 1
MALA		Incorreto Correto	0 1
CASA		Incorreto Correto	0 1
ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7] Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? [pausa] Vamos começar: quanto é 100 menos 7 ? Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO . Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O-D-N-U-M). [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado.]	{93} _____ {86} _____ {79} _____ {72} _____ {65} _____ Soma do Cálculo O D N U M Soma do Mundo		
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO Peça: Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse? [Não forneça pistas.]			
REAL			0 1
MALA			0 1
CASA			0 1

LINGUAGEM: [Aponte o lápis e o relógio e pergunte:] O que é isto? (lápis) O que é isto? (relógio)	_____	0	1
Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	_____	0	1
Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão. Pegar com a mão direita Dobrar ao meio Jogar no chão	_____ _____ _____	0 0 0	1 1 1
Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando: FECHE OS OLHOS	_____	0	1
Peça: Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo. [Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta.]	_____	0	1
Peça: Por favor, copie este desenho. [Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam.]	_____	0	1
TOTAL			

Pontos de corte: analfabetos: 18/19; anos de estudo ≥ 1 : 23/24

FRASE: _____

DESENHO:

