

Ananda Jacqueline Ferreira
Tamires Fernanda Pedrosa Simões

**PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Belo Horizonte
2016

Ananda Jacqueline Ferreira
Tamires Fernanda Pedrosa Simões

**PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA ACOMETIDOS PELO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

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. Christina Danielli Coelho de Moraes Faria, Ph.D.

Co-orientadora: Prof. Júlia Caetano Martins, M.Sc.

Belo Horizonte
2016

Aos indivíduos acometidos pelo AVC, por uma atenção humanizada, integralizada e
melhor a saúde e funcionalidade de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde, força e sabedoria durante toda esta caminhada. Aos nossos pais e familiares pelo apoio, encorajamento e amor que nos envolve constantemente.

A esta Universidade, todos os professores da graduação e funcionários que foram fundamentais na nossa vida acadêmica e na nossa formação. Aos nossos colegas de turma, por torcerem pelo nosso sucesso, pela camaradagem, companheirismo e amizade.

A nossa orientadora Christina Danielli Coelho de Moraes Faria por sua exímia dedicação na orientação deste trabalho, por todo incentivo, atenção e suporte necessário, por acender em nós a busca constante por conhecimento e aperfeiçoamento.

A nossa co-orientadora Júlia Caetano Martins pelo gentil acolhimento e carinho, pela disponibilidade em sanar nossas dúvidas e anseios, pelo compartilhamento de conhecimentos e por todos os direcionamentos na realização deste trabalho.

A todos os profissionais do Centro de Saúde pela recepção afetuosa ao nosso projeto, pela transmissão e disponibilidade de acesso a informações essenciais para construção deste estudo.

E por fim, a todos os indivíduos que participaram deste estudo que pacientemente e com seriedade responderem aos questionários, sem a participação e envolvimento de vocês nada disso seria possível.

Viva como se fosse morrer amanhã. Aprenda como se fosse viver para sempre
(Mahatma Gandhi)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) lidera as causas de doenças crônicas e gera comprometimentos funcionais. De uma forma geral, indivíduos com doenças crônicas apresentam um baixo nível de atividade física (AF) quando comparados aos indivíduos sem estas doenças. Em indivíduos pós-AVC um baixo nível de AF pode levar a um novo evento cerebrovascular, ao surgimento de outras doenças cardiovasculares e ao aumento das incapacidades. A manutenção de um bom nível de AF associa-se com uma melhora funcional e da saúde desses indivíduos. Neste contexto, é necessário conhecer o nível de AF de indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). **OBJETIVO:** Comparar o nível de AF de indivíduos pós-AVC com indivíduos saudáveis pareados quanto ao sexo, idade e nível de exercício físico, usuários da atenção primária do SUS, tendo como referência uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade de Belo Horizonte/MG. **MÉTODOS:** Todos os indivíduos pós-AVC (G1) ($n=37; 68,6 \pm 12,0$ anos) usuários da UBS, com condições clínicas para responder a um questionário, e que concordaram com a participação voluntária, e indivíduos saudáveis pareados (G2) ($n=37; 68,9 \pm 12,1$ anos), também usuários da UBS, foram avaliados quanto ao nível de AF pelo Perfil de Atividade Humana (PAH). Estatísticas descritivas, teste-*t de student* para amostras independentes, teste qui-quadrado e teste de *Mann-Whitney* foram utilizados para as análises ($\alpha=0,05$). **RESULTADOS:** Os grupos foram semelhantes quanto à idade, sexo e nível de exercício físico ($p>0,05$). Houve diferença significativa entre os grupos ($0,0001 < p < 0,011$) em todos os desfechos padronizados do PAH. Considerando o Escore Máximo de Atividade (EMA), 70,3% (G1) e 40,5% (G2) dos indivíduos apresentaram escore abaixo do recomendado à idade. Considerando a classificação da atividade pelo Escore Ajustado de Atividade (EAA), 59,5% (G1) e 18,9 (G2) dos indivíduos foram classificados como inativos e 32,4% (G1) e 73% (G2) como moderadamente ativos. Considerando a classificação da aptidão física pelo EAA, 48,6% (G1) e 16,2% (G2) apresentaram aptidão física baixo para a faixa etária. **CONCLUSÃO:** A maioria dos indivíduos pós-AVC apresentaram pior perfil do nível de AF quando comparados a indivíduos saudáveis pareados em todos os desfechos do PAH. O conhecimento do nível de AF desses indivíduos deve alertar as equipes de saúde sobre a necessidade de elaborar estratégias de promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de agravos à

saúde como recomendado pela linha de cuidados em AVC do Ministério da Saúde e guias clínicos nacionais e internacionais.

Palavras-chave: Nível de Atividade. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

BACKGROUND: Stroke is one of the leading causes of chronic diseases and is associated with chronic impairments. In general, individuals with chronic diseases have a low level of physical activity (PA) when compared to control subjects. In post-stroke, individuals with low levels of PA have more risk to have a new cerebrovascular event, other cardiovascular diseases and increasing of disabilities. Maintaining a good level of PA is associated with functional and health improvement of these individuals. In this context, it is necessary to know the PA level of post-stroke subjects from the primary health care of the Unified Health System (SUS).

OBJECTIVE: To compare the PA level of post-stroke subjects with healthy-control subjects matched but sex, age and physical exercise level, both from primary SUS attention, with reference to a basic health unit (BHU) in the city of Belo Horizonte/MG.

METHODS: All post stroke subjects (G1) ($n = 37$; 68.6 ± 12.0 years) with clinical conditions to answer a questionnaire and agreed with voluntary participation, and matched-healthy-control subjects (G2) ($n = 37$; 68.9 ± 12.1 years) were evaluated considering the level of PA by the Human Activity Profile (HAP) questionnaire. Descriptive statistics, student t-test for independent samples, chi-square test and Mann-Whitney test were used for analysis ($\alpha=0.05$).

RESULTS: The groups were similar regarding age, sex and physical exercise level ($p>0.05$). There was a significant difference between groups ($0.0001<p<0.011$) in all standardized outcomes of PAH. Considering the Maximum Activity Score (MAS), 70.3% (G1) and 40.5% (G2) of the subjects had a score below the recommended age. Whereas the activity classification for the Adjusted Activity Score (AAS), 59.5% (G1) and 18.9 (G2) of the subjects were classified as inactive and 32.4% (G1) and 73% (G2), moderately active. Considering the fitness classification for the AAS, 48.6% (G1) and 16.2% (G2) had low fitness for the age group.

CONCLUSION: The majority of the subjects with stroke had a low level of physical activity compared to matched-healthy-control subjects for all outcomes of the PAH. Knowledge of the AF level of these individuals should alert the health teams about the need to develop promotional strategies of healthy lifestyles and prevention of health problems as recommended by the national and international guidelines.

Keywords: Physical Activity. Public Health. Primary Health Care. Stroke.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	MÉTODOS.....	11
2.1	Amostra.....	11
2.2	Procedimentos.....	12
2.3	Análise estatística.....	14
3	RESULTADOS.....	15
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	ANEXO A.....	28
	ANEXO B.....	29
	ANEXO C.....	31
	ANEXO D.....	33

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um importante agravo à saúde da população mundial e é uma das maiores causas de incapacidades no Brasil e no mundo (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016; PORTAL BRASIL, 2012). A prevalência do AVC é alta e 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de comprometimento funcional, envolvendo deficiências em estruturas e funções do corpo, limitações na realização de atividades e restrições na participação (THOM *et al.*, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; FINI *et al.*, 2014). Além disso, a maioria desses indivíduos apresenta um estilo de vida sedentário com redução do nível de atividade física (AF), definida como qualquer movimento corporal produzido em consequência da contração muscular e que resulte em gasto energético (FINI *et al.*, 2014; MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2001). O nível de AF está relacionado, de forma global, às atividades de vida diária, de recreação e de trabalho (SHEPHARD, 2003).

Em estudos internacionais, já foi demonstrado que indivíduos pós-AVC apresentam um baixo nível de AF quando comparados a adultos idosos saudáveis e até mesmo aos com doenças crônicas do sistema cardiovascular e musculoesquelético (FINI *et al.*, 2014; ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014). Além disso, o baixo nível de AF é um fator de risco importante, porém, modificável, para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, para recorrência do AVC e aumento das incapacidades (BILLINGER *et al.*, 2014).

Segundo Fini *et al.* (2014), trinta minutos de exercícios por dia pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Além disso, 10000 passos por dia ou o equivalente em gasto metabólico (MET) é considerado critério para classificar o indivíduo como ativo e com menor risco de doenças cardiovasculares e de recorrências de AVC (FINI *et al.*, 2014). No entanto, segundo dados de estudos internacionais, indivíduos pós-AVC geralmente não atendem a essas recomendações e apresentam nível de AF baixo, o que aumenta o risco de mais eventos cardiovasculares (FINI *et al.*, 2014; BILLINGER *et al.*, 2014). Um bom nível de AF está associado com uma melhora na capacidade

cardiovascular com redução da fadiga, aumento da força muscular, maior habilidade de marcha, além de redução dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida (BILLINGER *et al.*, 2014; SUS, 2012). Assim, aumentar e/ou manter um adequado nível de AF nesta população é fundamental para prevenção de agravos e promoção de funcionalidade e saúde. Neste contexto, a avaliação do nível de AF destes indivíduos é fundamental a qualquer profissional da área da saúde que atende este grupo populacional para o adequado cuidado à saúde de indivíduos pós-AVC (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; OLIVEIRA, 2013).

Quando o nível de AF é reportado em estudos nacionais com este grupo populacional, está é uma variável secundária ou de caracterização e as amostras dos estudos são de conveniência, o que limita as interpretações dos resultados. (BRAUN; HERBER; MICHAELSEN, 2012; OVANDO *et al.*, 2011; POLESE *et al.* 2013; POLESE *et al.*, 2013). Portanto, torna-se essencial traçar o perfil do nível de AF de indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A Unidade Básica de Saúde (UBS), além de ser a porta de entrada preferencial do sistema público de saúde do Brasil, tem como uma de suas competências o acompanhamento, seguimento e assistência dos indivíduos pós-AVC, para realizar ações de reabilitação, de prevenção de incapacidades e de ocorrência de novo AVC ou de surgimento de outras doenças, e a promoção da funcionalidade e da saúde (SUS, 2012; BRASIL, 2011; SÃO PAULO, 2009). Além disso, com o perfil de AF de indivíduos específicos de uma determinada região é possível identificar as necessidades comuns em condições semelhantes. Isso viabiliza melhor direcionamento aos cuidados e das estratégias de saúde ofertados para essa população (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos: traçar o perfil do nível de AF de indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária do SUS, tendo como referência uma UBS da cidade Belo Horizonte/MG/Brasil e comparar o nível de atividade desses indivíduos com indivíduos saudáveis pareados quanto ao sexo, idade e nível de exercício físico.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório no qual foi realizado um levantamento de dados para a identificação dos indivíduos acometidos pelo AVC e indivíduos saudáveis, usuários de uma UBS da cidade de Belo Horizonte/MG/ Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (CAEE 14038313.400005149) e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXOS A e B).

2.1 Amostra

Inicialmente, realizou-se a identificação dos indivíduos acometidos por AVC usuários de uma UBS do distrito sanitário nordeste da cidade de Belo Horizonte em potencial para participar do estudo. Esta identificação foi realizada junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pertencentes à UBS. À medida que os indivíduos foram sendo identificados, dados dos seus prontuários foram analisados e, posteriormente, eles foram convidados a participar do estudo. Aqueles indivíduos que concordaram em participar de forma voluntária assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO C) durante uma visita domiciliar realizada por um examinador previamente treinado.

Para participar do estudo, os indivíduos pós-AVC deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: apresentar diagnóstico clínico de AVC primário ou recorrente há mais de seis meses; viver na comunidade da área de abrangência da UBS; ser usuário do SUS, com cadastro na UBS de sua área de abrangência, e identificado pelos funcionários das UBS; ter idade igual ou superior a 20 anos; e assinar o TCLE. Foram excluídos do presente estudo aqueles indivíduos que não apresentavam condições de responder aos questionamentos devido à presença de afasia sensitiva e/ou motora e déficit cognitivo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) utilizando os pontos de corte 13 para analfabetos, 18 para indivíduos com 1 a 7 anos de

escolaridade e 26 para aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; BRUCKI *et al.*, 2003). Indivíduos saudáveis, usuários da mesma UBS, pareados aos indivíduos pós-AVC quanto à idade, sexo e nível de exercício físico, também foram convidados a participar do estudo. Esse grupo foi avaliado segundo os seguintes critérios de inclusão: viver na comunidade da área de abrangência da 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 TCLE. Foram excluídos aqueles indivíduos que não tiveram condições de responder aos questionamentos, com déficit cognitivo avaliado pelo MEEM, utilizando o mesmo ponto de corte citado anteriormente, com presença de condições de saúde que pudessem interferir no nível de atividade física, como, por exemplo, hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* descontroladas e outras condições neurológicas ou ortopédicas.

2.2 Procedimentos

Todos os dados foram coletados por um único examinador, fisioterapeuta, previamente treinado com todos os procedimentos, auxiliado por outro examinador, também previamente treinado. Por meio dos prontuários, identificados e fornecidos pelas equipes de saúde da UBS, foram coletados os dados clínico-demográficos para a caracterização da amostra de indivíduos pós-AVC (idade, sexo, escolaridade, nível de exercício físico, episódios/tempo/tipo de AVC, hemiparesia direita ou esquerda e grau de comprometimento motor dado pela Escala de *Fugl Meyer* (EFM)). Já na visita ao domicílio dos indivíduos pós-AVC foram verificados os critérios de elegibilidade e, daqueles que atenderam a estes critérios, foram verificados os dados retirados do prontuário. Todos estes indivíduos foram avaliados quanto ao nível de AF por meio do questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), versão adaptada para o português-Brasil (TEIXEIRA-SALMELA; DEVARAJ; OLNEY, 2007) (ANEXO D).

Indivíduos saudáveis que se encontravam na sala de espera da UBS foram convidados a participar voluntariamente do estudo. Aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade e de pareamento foram incluídos e tiveram os seus dados clínicos e

demográficos (i.e idade, sexo, nível de exercício físico, escolaridade) coletados. Em seguida, responderam ao PAH.

O PAH apresenta propriedades de medidas adequadas para a avaliação do nível de AF tanto para indivíduos acometidos pelo AVC quanto para indivíduos saudáveis (TEIXEIRA-SALMELA; DEVARAJ; OLNEY, 2007; SOUZA; MAGALHÃES; TEIXEIRA-SALMELA, 2006). Este instrumento apresenta 94 itens relacionados a atividades rotineiras com diferentes níveis funcionais que abordam os domínios de atividade e participação da CIF e permitem a avaliação de indivíduos saudáveis ou com algum grau de disfunção, em qualquer faixa etária. A disposição dos itens é organizada em ordem crescente de atividades com menor gasto energético às atividades com maior gasto energético. As possíveis respostas são: *ainda faço*, *parei de fazer* ou *nunca fiz*. A partir das respostas dos indivíduos, calcula-se o Escore Máximo de Atividade (EMA), que corresponde à numeração da atividade com maior gasto energético que o indivíduo *ainda faz* e o Escore Ajustado de Atividade (EAA), que é calculado subtraindo-se do EMA o número de itens que o indivíduo *parou de fazer* anteriores ao último que ele *ainda faz*. 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. Utilizando-se o EAA e o EMA, e tabelas fornecidas pelo manual do PAH (FIX; DOUGHTON, 1998), pode-se ter as seguintes classificações: idade de atividade, classificação da atividade e classificação de aptidão física. A idade de atividade é obtida pelo EMA e a idade, classificando em abaixo ou adequado à idade. A classificação da atividade é obtida pelo EAA da seguinte forma: EAA menor que 53 *inabilitado* (inativo); EAA entre 53 e 74 *moderadamente ativo*; e EAA maior que 74 *ativo*. E por fim, temos a classificação de aptidão física, que é dada pelo EAA e a idade, obtendo-se aptidão física baixo, razoável, na média ou acima da média. PAH (TEIXEIRA-SALMELA; DEVARAJ; OLNEY, 2007; SOUZA; MAGALHÃES; SALMELA-TEIXEIRA, 2006; FIX; DOUGHTON, 1998). No presente estudo, os participantes foram classificados quanto a todas essas classificações dadas pelo

2.3 Análise Estatística

Análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis do estudo e testes de normalidade (*Shapiro-Wilk*) foram realizados para as variáveis quantitativas (como idade). Para as variáveis quantitativas normalmente distribuídas (idade), foram calculados média e desvio padrão. Para as outras variáveis (EMA e EAA) foram calculadas mediana e diferença interquartil. Para as variáveis categóricas, como sexo, nível de exercício físico e as classificações do PAH, foram calculadas frequência absoluta e relativa (%). Para a comparação dos grupos, foram utilizados o teste *t de Student* (idade), teste Qui quadrado (sexo) e teste *Mann-Whitney* (nível de exercício físico e classificações do PAH). Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS® para *Windows* (Versão 17.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) e o nível de significância estabelecido foi de $\alpha=5\%$.

3 RESULTADOS

Dos 44 indivíduos pós-AVC identificados pela ESF como usuários da UBS, foram incluídos no presente estudo 37 (G1) que atendiam aos critérios de inclusão. Sete indivíduos não foram capazes de responder ao questionário PAH pelos motivos a seguir: ausência de fala devido à traqueostomia ou presença de afasia motora e/ou sensitiva, ou diagnóstico médico de demência grave. Desses 37 indivíduos, a maioria era do sexo masculino (51,4%, n=19), com média de idade de $68,6 \pm 12,0$ anos, sendo o ensino primário completo (43,2%, n=16) e ensino primário incompleto (35,2%, n=13) os mais prevalentes. Quanto às características do AVC, o tempo médio de acometimento foi de 72, 68 ± 69 meses, a maioria apresentou um episódio de AVC (73%, n=27), o tipo de AVC mais prevalente foi o isquêmico (67,6%, n=25), a hemiparesia esquerda a mais frequente (54,1%, n=20) e a maioria dos indivíduos apresentou comprometimento motor de moderado (35,2%, n=13) a severo (32,4%, n=12) pela EFM. Também foram incluídos 37 indivíduos saudáveis pareados (G2), com média de idade de $68,9 \pm 12,16$ anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto aos critérios de pareamento (idade, sexo e nível de exercício físico) (TABELA 1).

Na Tabela 2 foram apresentados os resultados das estatísticas descritivas das variáveis do PAH, assim como das estatísticas inferenciais de comparação entre grupos para estas variáveis. Como pode ser observado, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para todas as variáveis do PAH ($0,001 < p < 0,011$). Em síntese, os indivíduos pós-AVC (G1) apresentaram piores pontuações ou classificações quando comparados a indivíduos saudáveis pareados (G2) para todos os desfechos do PAH relacionados ao nível de AF.

Tabela 1 – Características clínico-demográficas dos indivíduos

Características	Pós-AVC (G1) (n=37)	Saudáveis (G2) (n=37)	Teste estatístico	p
Idade (anos)	68,6±12,0	68,9±12,16	<i>t de student</i>	0,96
Sexo				0,81
Masculino	19 (51,4%)	19 (51,4%)	Qui - quadrado	
Feminino	18 (48,6%)	18 (48,6%)		
Nível de exercício físico				
Inativo	32 (86,5%)	32 (86,5%)	<i>Mann-Whitney</i>	1,0
Insuficiente	2 (5,4%)	2 (5,4%)		
Vigoroso	3 (8,1%)	3 (8,1%)		
Nível de escolaridade				
Não sabe ler nem escrever	4 (10,8%)	1 (2,7%)	NA	NA
Primário incompleto	13 (35,2%)	11 (29,7%)		
Primário completo	16 (43,2%)	8 (21,6%)		
Ginasial completo	2 (5,4%)	4 (10,8%)		
Colegial completo	2 (5,4%)	9 (24,4%)		
Superior	0 (0%)	4 (10,8%)		
Tempo de AVC (meses)	72,68±69	NA	NA	NA
Tipo de AVC				
Isquêmico	25 (67,6%)	NA	NA	NA
Hemorragico	7 (18,9%)	NA		
Não registrado	5 (13,5%)	NA		
Episódio				
Um episódio	27 (73%)	NA	NA	NA
Mais de um episódio	10 (27%)	NA		
Hemiparesia				
Paresia direita	17 (45,9%)	NA	NA	NA
Paresia esquerda	20 (54,1%)	NA		
Comprometimento motor				
Severo	12 (32,4%)	NA	NA	NA
Marcante	9 (24,3%)	NA		
Moderado	13 (35,2%)	NA		
Leve	2 (5,4%)	NA		
Sem comprometimento	1 (2,7%)	NA		

NA: não se aplica

AVC: Acidente Vascular Cerebral

Tabela 2 ã Nível de atividade física avaliado pelo Perfil de Atividade Humana para cada um dos grupos: pós-AVC (G1; n=37) e saudáveis (G2; n=37)

Variáveis PAH	Pós-AVC (G1)	Saudáveis (G2)	p
EMA	71±23	76±17	0,009
EAA	46±46	60±11	0,011
Idade atividade			0,011
Abaixo do recomendado	26 (70,3%)	15 (40,5%)	0,002
Adequado	11 (29,7%)	22 (59,5%)	
Classificação Atividade			
Inativo	22 (59,5%)	7 (18,9%)	<0,001
Moderadamente ativo	12 (32,4%)	27 (73%)	
Ativo	3 (8,1%)	3 (8,1%)	
Aptidão física			<0,001
Baixo	18(48,6%)	6 (16,2%)	
Razoável	7(18,9%)	3 (8,1%)	
Na média ou acima da média	12(32,4%)	28 (75,7%)	

PAH: Perfil de Atividade Humana

EMA: Escore Máximo de Atividade

EAA: Escore Ajustado de Atividade

Considerando o Escore Máximo de Atividade (EMA), 70,3% (n=26, G1) e 40,5% (n=15, G2) dos indivíduos apresentaram escore abaixo do recomendado à idade. Considerando a classificação da atividade pelo Escore Ajustado de Atividade (EAA), 59,5% (n=22, G1) e 18,9 (n=7, G2) dos indivíduos foram classificados como inativos e 32,4% (n=12, G1) e 73% (n=27, G2) como moderadamente ativos. Considerando a classificação da aptidão física pelo EAA, 48,6% (n=18, G1) e 16,2% (n=6, G2) apresentaram aptidão física baixo para a faixa etária.

4 DISCUSSÃO

Este estudo determinou o perfil do nível de AF de indivíduos pós-AVC usuários da atenção primária do SUS e comparou o nível de atividade desses indivíduos com indivíduos saudáveis pareados quanto ao sexo, idade e nível de exercício físico. Os indivíduos avaliados do grupo pós-AVC apresentaram pior perfil do nível de AF em todas as pontuações e classificações do PAH quando comparados aos indivíduos saudáveis pareados.

Os dados sociodemográficos do presente estudo revelaram uma participação um pouco maior de homens (51,4%, n=19), média de idade próxima a 70 anos, prevalência do nível de escolaridade entre ensino primário completo (43,2%, n=16) e ensino primário incompleto (35,2%, n=13). Assim, assemelha-se ao relatado na literatura que aponta o AVC como sendo predominante nos homens e acometendo com mais frequência a faixa etária entre 60 a 74 anos e indivíduos com variabilidade do nível de escolaridade, sendo mais comum entre indivíduos analfabetos e com no máximo o primário completo (MAZZOLA *et al.*, 2007; LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009). Ressalta-se o fato de grande parte (89,2%, n=33) dos indivíduos pós-AVC avaliados no presente estudo apresentarem baixa escolaridade. Isso pode ser um fator limitante ao acesso às informações referentes à condição de saúde e ao entendimento das prescrições, tratamentos e cuidados que a doença crônica, como o AVC, necessita, bem como da importância de manter um adequado nível de atividade física (OLIVEIRA, 2013; MAZZOLA *et al.*, 2007; LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009). Quanto aos resultados obtidos na EFM, a maioria dos indivíduos apresentou comprometimento motor classificado como moderado a severo (66,7%, n=25). Em outros estudos em que foi avaliada a presença de deficiências após AVC também foram reportadas alterações motoras crônicas e comprometimento motor como moderado a severo (70%) (CACHO *et al.*, 2004; ARENE; HILDLER, 2009).

Em outro estudo realizado por Braun, Herber & Michelsen (2012), no qual participaram 19 indivíduos na fase crônica pós-AVC da cidade de Florianópolis/SC/Brasil, com o

objetivo de avaliar a relação existente entre equilíbrio, nível de AF e qualidade de vida destes participantes, também foi utilizado o PAH para caracterização do nível de AF, especificamente as pontuações EMA (71 ± 12) e o EAA (48 ± 16) e a classificação de atividade (52,6% dos indivíduos inativos, 42,1% moderadamente ativo e 5,3% ativos). Os resultados deste estudo prévio assemelham-se ao do presente estudo que apresentou EMA= 71 ± 23 , EAA= 46 ± 46 , 59,5% (n=22) classificados como inativos, 32,4% (n=12) como moderadamente ativos e 8,1% (n=3) como ativos. Portanto, em conjunto, os resultados dos dois estudos apontam que indivíduos na fase crônica pós-AVC apresentam perfil de baixo nível de AF (BRAUN; HERBER; MICHAELSEN, 2012). Cabe ressaltar que no presente estudo foram utilizados outros desfechos para caracterizar o perfil do nível de AF de indivíduos na fase crônica pós-AVC: as classificações de aptidão física (que proporciona uma classificação geral do nível de aptidão do entrevistado em comparação a indivíduos da mesma idade e gênero) e a idade de atividade (que proporciona uma idade equivalente ao nível de atividade do entrevistado). Além disso, no presente estudo foram realizadas comparações das pontuações e classificações do PAH dos indivíduos pós-AVC com indivíduos saudáveis pareados, acrescentando, assim, novas informações e fornecendo uma melhor e mais completa caracterização do nível de atividade física desse grupo populacional (FIX; DAUGHTON, 1988).

Quanto à comparação do nível de AF de indivíduos pós-AVC e indivíduos saudáveis pareados, as comparações com estudos prévios são limitadas. Ashe *et al.* (2008) objetivaram determinar o nível de AF de idosos saudáveis e compará-los com indivíduos com doenças crônicas, inclusive com AVC. Foi demonstrado que os participantes acometidos pelo AVC apresentaram baixo nível de AF quando comparado com idosos saudáveis e maior proporção de inatividade quando comparados com indivíduos com outras doenças crônicas (ASHE *et al.*, 2008). Os resultados deste estudo prévio de Ashe *et al.* (2008) corroboram com os resultados deste estudo em que foi comparado o nível de AF de indivíduos na fase crônica pós-AVC com indivíduos saudáveis. No entanto, o presente estudo realizou o pareamento dos participantes quanto à idade, sexo e nível de exercício físico, possíveis fatores de confusão do nível de AF, o que não foi realizado no estudo de Ashe *et al.* (2008). Os resultados encontrados no presente estudo de pior nível de AF de indivíduos pós-AVC

comparados com os indivíduos saudáveis pareados em todas estas características reforçam que os indivíduos pós-AVC possuem características e acometimentos específicos que resultam em baixo nível de AF (ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014; BRAUN; HERBER; MICHAELSEN, 2012; BALDIN, 2009). É importante destacar, também, que os participantes do presente estudo pertenciam a uma mesma comunidade, eram usuários do sistema de saúde pública brasileiro, possuindo, de uma forma geral, algumas características semelhantes que podem influenciar o nível de AF, discussão levantada por Ashe *et al.* (2008) em seu estudo.

Uma das variáveis utilizadas para o pareamento entre os grupos do presente estudo foi o nível de exercício físico. O exercício físico pode ser definido como uma subcategoria da atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva, a qual resulta na melhora ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física. Já atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido em consequência da contração muscular que resulte em gasto calórico (CASPERSEN; KRISKA; DEARWATER, 1994). Em ambos os grupos, G1 (86,5%, n=32) e G2 (86,5%, n=32), a maioria dos participantes foram classificados como inativo quanto ao nível de exercício físico e, portanto, possuindo um estilo de vida sedentário quanto à prática de exercício físico (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2001; ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014). Mesmo tendo sido realizado este pareamento, o grupo pós-AVC obteve pontuações e classificações do PAH piores. Portanto, destaca-se a importância de se definir claramente a mensuração realizada (nível de exercício físico ou de atividade física) e de se mensurar o nível de atividade física, pois, mesmo apresentando nível de exercício físico semelhante, indivíduos pós-AVC apresentaram pior nível de atividade física quando comparados a indivíduos saudáveis. Possivelmente, os acometimentos e incapacidades associadas ao AVC podem ser um fator que interfira no nível de atividade física destes indivíduos (ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014).

Deficiências e alterações motoras pós-AVC já foram apontadas como relacionadas ao baixo nível de AF desses indivíduos (BILLINGER *et al.*, 2014; MAKI *et al.*, 2006). Segundo Billinger *et al.*, (2014), as alterações e déficits motores, de mobilidade e de equilíbrio podem resultar na prevalência da inatividade física em indivíduos acometidos

pelo AVC, propiciando e agravando o descondicionalamento físico e o estilo de vida sedentário dessa população, sendo este um fator de risco para incapacidades, limitações de atividade e restrição da participação, bem como para ocorrência de um novo evento cerebrovascular (ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014). A maioria dos indivíduos pós-AVC que participou do presente estudo apresentou comprometimento motor classificado como moderado a severo segundo a EFM. (CACHO *et al.*, 2004; MAKI *et al.*, 2006). Portanto, é possível que as deficiências e alterações motoras pós-AVC estejam associadas ao baixo nível de AF observado nos resultados do presente estudo de comparação dos indivíduos pós-AVC com indivíduos saudáveis pareados, e, conseqüentemente, aos possíveis problemas relacionados a este baixo nível de AF. Dada a complexidade relacionada ao nível de AF (BILLINGER *et al.*, 2014; CASPERSEN; KRISKA; DEARWATER, 1994; MAKI *et al.*, 2006), é importante destacar que outros fatores, além das deficiências e alterações motoras, possivelmente estejam relacionados a este baixo nível de AF, o que deve ser investigado por estudos futuros. O conhecimento destes fatores e a sua relação com o nível de AF é essencial para que a abordagem destes indivíduos pelos profissionais da área da saúde com o objetivo de aumentar este nível de AF.

A adoção de um estilo de vida ativo pelos indivíduos pós-AVC e a manutenção de práticas de AF regulares é de extrema importância, pois pode prevenir a ocorrência de um novo AVC e ajuda a manter níveis adequados de funcionalidade e de boa saúde (ASHE *et al.*, 2008; BILLINGER *et al.*, 2014; NATIONAL, 2010). Para Billinger *et al.* (2014), é necessário que os profissionais da saúde compreendam os benefícios da manutenção de um bom nível de AF, apropriem-se adequadamente das recomendações para a prescrição de atividades e exercícios físicos, englobando todas as fases de recuperação dos sobreviventes do AVC (BILLINGER *et al.*, 2014).

Guias clínicos relacionados aos cuidados e à reabilitação de indivíduos pós-AVC recomendam que esses indivíduos participem de programas de exercícios físicos contínuos (NATIONAL STROKE FOUNDATION, 2010; KHADILKAR *et al.*, 2006). Tais programas podem ser ofertados na comunidade e em grupo e apresentam importantes benefícios já comprovados: promovem a integração social dos indivíduos, são ótimas

estratégias para promover a prática regular de AF e apresentam baixo custo quando comparadas a outros programas que exigem supervisão individual (BILLINGER *et al.*, 2014). Um programa de exercícios físicos para pessoas acometidas pelo AVC apresenta eficácia comprovada na melhora de importantes desfechos funcionais, como força muscular, equilíbrio, flexibilidade, mobilidade e percepção corporal, propiciam e incrementam as possibilidades de atividade e participação, resultando em uma melhora da saúde e da qualidade de vida dessa população (BALDIN, 2009).

Portanto, os achados deste estudo evidenciam a necessidade dos profissionais da área da saúde atuarem no acompanhamento sistemático dos indivíduos pós-AVC, elaborarem estratégias e programas para estimular prática regular de atividade física e aumentar o seu nível de atividade física. Além disso, é importante que estes profissionais desenvolvam ações primárias de prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento desta e de outras doenças crônicas incapacitantes e ações de promoção da saúde voltadas para toda a população.

Uma importante limitação deste estudo foi a inclusão de indivíduos de apenas uma UBS e serem somente indivíduos na fase crônica do AVC. Entretanto, por ser o primeiro estudo a descrever o perfil do nível de AF de uma amostra que não era de conveniência e comparar com indivíduos saudáveis pareados, os resultados acrescentam informações importantes para o direcionamento de futuros estudos e ações relacionadas ao acompanhamento e assistência para melhora da funcionalidade e da saúde de indivíduos pós-AVC.

5 CONCLUSÃO

Indivíduos pós-AVC usuários de uma UBS da cidade de Belo Horizonte/MG/Brasil apresentaram um baixo nível de AF quando comparados a indivíduos saudáveis pareados em todos os desfechos do PAH que foram avaliados. O conhecimento do nível de AF desses indivíduos deve alertar as equipes de saúde sobre a necessidade de elaborar estratégias de promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de agravos à saúde como recomendado pela linha de cuidados em AVC do Ministério da Saúde e guias clínicos nacionais e internacionais. Espera-se que os resultados deste estudo reforcem a importância das ações preventivas e de promoção da saúde, direcionadas aos indivíduos pós-AVC, para que resultados positivos na saúde e funcionalidade desses indivíduos sejam alcançados. Espera-se, também, que estas ações sejam direcionadas a toda a população, para que a incidência e recorrência das doenças crônicas e incapacitantes, como o AVC, diminua.

REFERÊNCIAS

ARENE, N., HIDLER, J. Understanding motor impairment in the paretic lower limb after a stroke: a review of the literature. **Topics in Stroke Rehabilitation**. v.16, n.5, p. 346-356, set. 2009.

ASHE, M. C. *et al.* Older Adults, Chronic Disease and Leisure-Time Physical Activity. **Gerontology**. Quebec, v. 55, n.1, p. 64-72, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167824/>>.

BALDIN, A. D. Atividade física e acidente vascular cerebral. **ComCiência**. Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500019&lng=es&nrm=iso>.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>.

BILLINGER, S. A. *et al.* Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. **American Heart Association**. v.45, n.8, p.2532-2553, ago. 2014. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/45/8/2532.full.pdf+html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>

BRAUN, A.; HERBER, V.; MICHAELSEN, M. S. Relação entre o nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 18, n.1, p.30-34, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v18n1/06.pdf>>.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v.61, n.3, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014>.

CACHO, E. W. A.; MELO, F. R. L., OLIVEIRA R. Avaliação da recuperação motora em pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico (FUGLI e MEYER). **Revista Neurociências**. v.12, n.2, p.94-102, 2004. Disponível em:<

<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2002/Pages%20from%20RN%2012%2002-8.pdf>>.

CASPERSEN, C. J., KRISKA, A. M., DEARWATER, S. R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations. **Baillière's Clinical Rheumatology**. 1994.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**. Natal, v. 16, n. 1, p. 1341-1348, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a68v16s1.pdf>>.

FINI, N. A. *et al.* How is physical activity monitored in people following stroke? **Disability and Rehabilitation**. v.37, n.19, p.1-15, nov. 2014. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/267871116_How_is_physical_activity_monitored_in_people_following_stroke>.

FIX, A. J.; DAUGHTON, D. M. **Human Activity Profile** ãprofessional manual. Nebraska: Psychological Assessment Resources, 1988.

KHADILKAR, A. *et al.* Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for post-stroke rehabilitation. **Topics in Stroke Rehabilitation**. v.13, n. 2, p.1-269, 2006.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P.; 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. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n1/07.pdf>>.

MAKI, T. *et al.* Reliability Study on the Application of the Fugl-Meyer Scale in Brazil. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v.10, n.2., p.177-183, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200007>.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v.7, n.1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922001000100002>.

MAZZOLA, D. *et al.* Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo.

Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza, v.20, n.1, p.22-7. 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820105>>.

MOZAFFARIAN D., *et al.* Heart disease and stroke statistics-2016 update: A report from the American Heart Association. **Circulation.**, 2016. Disponível em <<https://circ.ahajournals.org/content/early/2015/12/16/CIR.0000000000000350>>

NATIONAL, Stroke Foundation. **Clinical guidelines for stroke management 2010.** Melbourne, 2010.

OLIVEIRA, A. C. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v.26, n.1, p. 1-4, 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40827988001>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde** ã CIF. Organização Mundial de Saúde; 2003. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf>. Acesso: 15 abr. 2016.

OVANDO, A. C. *et al.* Avaliação da aptidão cardiopulmonar em indivíduos com hemiparesia após acidente vascular encefálico. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo, v.96, n.2, jan. 2011. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000200009>.

POLESE, J. C. *et al.* Estudo de seguimento da função motora de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa.** v.20, n.3, p.222-227, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/05.pdf>>.

POLESE, J. C. *et al.* Strength of the respiratory and lower limb muscles and functional capacity in chronic **stroke** survivors with different physical activity levels. **Brazilian Journal of Physical Therapy.** São Carlos, v. 17, n.5, p.487-493, out. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000500487>.

PORTAL Brasil. **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**, 2012. Disponível em: <www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>.

SÃO PAULO. **Parecer técnico para a atenção ao Acidente Vascular Cerebral.** 2009. Disponível em: <[http://pwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/prioridades_avc_\(2\).pdf](http://pwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/prioridades_avc_(2).pdf)>.

SHEPHARD, R. J. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. **British Journal Sports Medicine**. Nancy, v.37, n.3, p. 197-206, jun. 2003. Disponível em: < <http://bjsm.bmj.com/content/37/3/197.full.pdf+html>>.

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. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2623-2636, dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/11.pdf>>.

SUS - Serviço Único de Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/03/pcdt--linha-cuidado-avc-rede-urg-emer-2012.pdf>>.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; DEVARAJ, R.; OLNEY, S. J. Validation of the human activity profile in stroke: a comparison of observed, proxy and self-reported scores. **Disability and Rehabilitation**. v.29, n.19, p.1518-24, out. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014>.

THOM, T. *et al.* Heart disease and stroke statistics: 2006 Update. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**. Janeiro, 2006. Disponível em <<http://circ.ahajournals.org/content/113/6/e85.full.pdf+html>>.

ANEXO A ã APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUIDA DA UFMG

TÍTULO: 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

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO E APROVAÇÃO DO COEP-UFMG



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

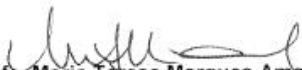
Projeto: CAAE –14038313.4.0000.5149

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

DECISÃO

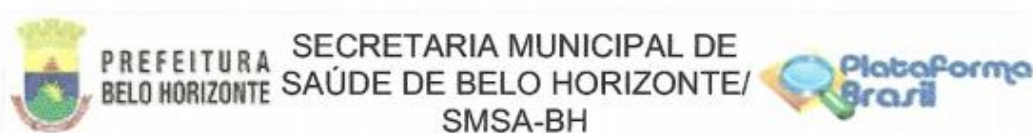
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 17 de abril de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde de indivíduos acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral e usuários de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte**" bem como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

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


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B ã APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO E APROVAÇÃO DO COEP-DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE



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

Bairro: Funcionários

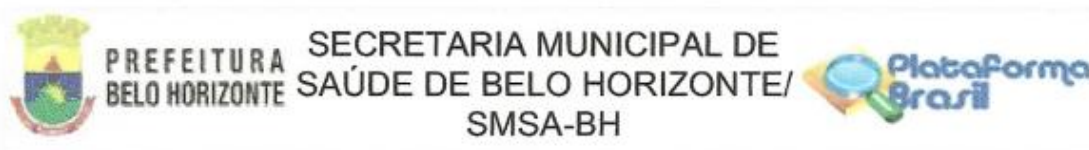
CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 262.489

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

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO C ã TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSETIMENTO 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 ã QUESTIONÁRIO PERFIL DE ATIVIDADE HUMANA (PAH)

26) PAH:			
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			
6. Ficar de pé por mais que um minuto			
7. Ficar de pé por mais que cinco minutos			
8. Vestir e tirar a 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			
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 $\pm$ 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			
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 os 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 quilômetros (± 20 minutos)			
64. Caminhar 1,6 quilômetros (± 20 minutos), sem parar			
65. Correr 100 metros ou jogar peteca, voley, baseball			
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 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 23 metros			
78. Nadar 23 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			
82. Pedalar 3,2 quilômetros, sem parar			
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			
88. Correr 800 metros, sem parar			
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 quilômetros 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			