

Bruna Débora Pacheco
Bruna Nascimento Lamego
Marisa Rocha Gonçalves

**EXERCÍCIOS PREFERENCIAIS EM INDIVÍDUOS CRÔNICOS APÓS O
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Belo Horizonte
2016

Bruna Débora Pacheco
Bruna Nascimento Lamego
Marisa Rocha Gonçalves

**EXERCÍCIOS PREFERENCIAIS EM INDIVÍDUOS CRÔNICOS APÓS O
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO:**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao
Curso de 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: Profª Aline Alvim Scianni, Ph.D.

Coorientadora: Lívia Cristina Guimarães Caetano,
M.Sc.

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

2016

PREFÁCIO

De acordo com as normas descritas no Art.15 § 4º das Normas para Desenvolvimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia da EEEFTO-UFMG, o presente trabalho é apresentado em formato de artigo científico, redigido de acordo com as normas preconizadas pelo periódico para o qual este trabalho será posteriormente enviado para publicação (*Brazilian Journal of Physical Therapy* - ISSN 1413-3555 versão impressão ou ISSN 1809-9246 versão online) (ANEXO A).

SUMÁRIO

ARTIGO	4
ANEXO A	25
ANEXO B	34
ANEXO C	36
APÊNDICE A	37

EXERCÍCIOS PREFERENCIAIS EM INDIVÍDUOS CRÔNICOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Exercises preferences in individuals with chronic stroke

Autores:

BRUNA DÉBORA PACHECO¹, BRUNA NASCIMENTO LAMEGO¹, MARISA ROCHA GONÇALVES¹, LÍVIA CRISTINA GUIMARÃES CAETANO² E ALINE SCIANNI².

¹Acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

²Programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Título resumido: Exercícios preferenciais pós-AVE

Autor de correspondência:

Autor de correspondência: Aline Scianni

Avenida Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha, 31270-901.

Belo Horizonte, MG-Brasil

E-mail: ascianni@task.com.br

Palavras chaves:

Acidente Vascular Cerebral/Stroke, Exercício/Exercise,
Reabilitação/Rehabilitation, Fisioterapia/Physiotherapist

RESUMO

Objetivo: Identificar os exercícios preferenciais em indivíduos crônicos pós-AVE. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com amostra do tipo conveniência na região metropolitana de Belo Horizonte. MG, o estudo identificou os exercícios preferenciais em indivíduos crônicos pós-AVE, sua associação com fatores preferenciais, capacidade para marcha e nível de atividade. **Resultados:** Foram recrutados 101 participantes, sendo que 64 destes participavam de algum programa de atividade física. Comparando os praticantes de exercícios físicos com os não praticantes, os itens presentes no Fator-2 do questionário EPQ_(stroke)-Brasil ($p < 0,0001$), a velocidade de marcha habitual (VMH) ($t = -3,342$, $gl = 96$, $p = 0,001$) e o Perfil de Atividade Humana Escore de Atividade Ajustado (PAH-EAA) ($p = 0,30$) demonstraram diferenças significativas. Associação entre as variáveis Fator-2 do EPQ_(stroke)-Brasil ($r = 0,618$; $p < 0,0001$) e VMH ($r = 0,428$; $p = 0,001$) demonstrou correlação para o grupo de participantes que praticavam algum exercício físico. Nos itens abertos do EPQ_(stroke)-Brasil, 46,9% dos praticantes de exercício relatou gostar da prática pelo bem estar que proporciona; quando perguntados sobre o que não gostam, 65,6% responderam nada, seguido de conversar durante a atividade e dor; como motivo para parar de se exercitar, a maioria dos participantes respondeu nada, seguido de compromisso, dor e cansaço. Sobre o exercício preferencial, 42,2% e 45,9% dos praticantes e não praticantes, respectivamente, elegeram a caminhada. **Conclusão:** A caminhada foi o exercício preferencial relatado pelos participantes do estudo. Praticantes de exercício físico mostraram sentir-se mais aptos a prática de exercícios quando comparados aos indivíduos que não praticam exercícios. Além disso, apresentaram velocidade de marcha e nível de atividade significativamente maiores.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Exercício. Reabilitação. Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To identify exercise preference in individuals with chronic stroke.

Methods: A cross-sectional study was made with convenience sampling in the metropolitan region of Belo Horizonte-MG, the study to explore exercise preferences stroke survivors, their association with preferential factors, gait capacity and activity level. **Results:** 101 participants were recruited, 64 of them participated in some physical activity program. Comparing the physical exercise practitioners with the non-practitioners, the items present on Factor-2 of the EPQ(stroke)-Brasil ($p < 0,0001$), Habitual Walking Speed (HWS) ($t = -3$, $df = 96$, $p = 0,001$) and the Human Activity Profile Adjusted Activity Score (HAP-AAS) ($p = 0,30$) demonstrated significant differences. Association between the Factor-2 variables of the EPQ(stroke)-Brasil ($r = 0,618$; $p < 0,0001$) and HWS reported liking the practice for the "well-being it provides"; When we asked about what they don't like, 65,6% answered "nothing", followed by talking during the activity and pain; as motives to stop exercising, the majority of the participants answered "nothing", followed by commitment, pain and fatigue. About the preferential exercises, 42,2% and 45,9% of the practitioners and non-practitioners, respectively, chose the walk. **Conclusion:** The walking was the preferential exercise reported by the participants of the study. Physical exercise practitioners showed feeling more fit to the practice of exercises when compared with individuals that didn't practiced exercises. Besides that, they presented gait speed and activity levels significantly higher.

Keywords: Stroke. Exercise. Rehabilitation. Physiotherapist.

Pontos-chave (Bullet points):

- Conhecer os fatores associados a prática de exercícios auxilia na reabilitação
- A caminhada é o exercício preferencial relatado pelos sobreviventes pós-AVE.
- Indivíduos pós-AVE preferem exercícios estruturados e demonstrados.
- Indivíduos pós-AVE ativos tem maior velocidade de marcha e nível de atividade.
- Indivíduos pós-AVE ativos sentem-se mais aptos à pratica de exercícios.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresenta alta incidência nos países industrializados, sendo considerado uma das principais causas de incapacidade¹. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no ano de 2012 houve 172.576 internações por AVE², sendo que, um dos principais fatores de risco para o AVE é a inatividade física³. Além disso, achados revelaram que cerca de 77% dos sobreviventes pós-AVE são sedentários ou pouco ativos fisicamente⁴.

A prática de exercícios é fator importante para promoção da recuperação da função motora perdida após o AVE⁵⁻⁹. A aptidão física possui associação com o aumento no desempenho de atividades funcionais, prevenção das incapacidades secundárias, benefícios psicológicos e melhora da qualidade de vida e do condicionamento cardiorrespiratório dos sobreviventes^{3,5-9} pós-AVE. Estudos^{5,6,8,10} relatam também, que a prática de exercícios físicos supervisionados pode prevenir a recorrência de AVE.

Mesmo com todos os benefícios⁵⁻⁹ reportados na literatura a favor da prática de exercícios, muitos indivíduos sobreviventes de AVE permanecem fisicamente inativos^{5,8,11}. A inatividade e a falta de adesão a programas de exercícios físicos representam um problema comum a diversas populações, sendo que os indivíduos em geral, desistem da prática antes da ocorrência dos benefícios relacionados a ela^{5,8,11,12}. Dishman *et al*¹² apontam que 50% dos indivíduos deixam o programa de exercícios após seis meses de prática. Segundo Boysen *et al*¹³ o incentivo e instruções verbais sobre como se tornar fisicamente ativo resultam em aumento da adesão em diferentes populações, como idosos sedentários, diabéticos, hipertensos e obesos, o que não ocorre em indivíduos pós-AVE.

Além disso, estudos reportam^{8,14-18} variação de preferências por exercícios físicos em diferentes condições de saúde. Dessa forma, conhecer e incorporar os exercícios preferenciais de sobreviventes pós-AVE em um programa de atividade física pode favorecer a melhora da motivação e adesão nesta

população, além de auxiliar na promoção de políticas de saúde pública para essa condição de saúde.

O estudo de Banks *et al*⁸ apontou que sobreviventes pós-AVE, preferem exercícios em grupo, realizados em uma academia, de forma estruturada e demonstrados. Sabendo que as diferenças culturais e percepções individuais podem afetar as preferências por exercício^{8,14, 18}, verificar os exercícios preferenciais em indivíduos crônicos pós-AVE no Brasil torna-se necessário. Para tanto, o objetivo desse estudo foi explorar os exercícios preferenciais em indivíduos crônicos após AVE. As perguntas clínicas norteadoras foram:

- 1) Quais são as preferências por exercício após o AVE?
- 2) Existem diferenças clínicas ou de preferências por exercícios entre indivíduos que praticam alguma atividade física e os que não praticam?
- 3) Exercícios preferenciais estão associados com as características dos exercícios, a capacidade para a marcha e ao nível de atividade?

MÉTODOS

Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, constituído por uma amostra do tipo conveniência, composta por voluntários pós-AVE crônicos recrutados na região metropolitana de Belo Horizonte-MG, no período de maio de 2015 a outubro de 2015, seguindo os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico clínico de AVE igual ou superior a seis meses; (2) idade igual ou superior a 20 anos; (3) capacidade de deambular independentemente com ou sem dispositivo de auxílio de marcha; (4) ausência de alterações cognitivas significativas identificadas pelo Mini Exame do Estado Mental, para o qual 13 foi o ponto de corte para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade^{19,20}, (5) ausência de outras deficiências neurológicas ou ortopédicas não relacionadas ao AVE. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram dificuldade moderada a grave na fala, que pudessem impedi-los de seguir instruções durante a aplicação do questionário. Todos os participantes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 34921814.8.0000.5149).

Instrumentos de Medidas

*Exercise Preference Questionnaire*_(stroke)-Brasil (EPQ_(stroke)-Brasil)

O EPQ_(stroke)-Brasil (ANEXO C) é um questionário específico e adaptado para população brasileira, capaz de identificar características dos exercícios preferenciais em indivíduos pós-AVE²¹. Esse questionário é constituído por 33 questões, subdivididas em três seções. A primeira seção contém três itens que identificam a frequência e o tipo de prática atividade física atual. A segunda seção é composta por 22 itens que avaliam a concordância do indivíduo em relação aos seguintes fatores: Fator 1-Grau de instrução; Fator 2-Apto a prática

de atividade física; Fator 3-Exercícios com a família/amigos-flexibilidade programa; Fator 4-Exercícios em centros de reabilitação- pessoas da mesma idade; Fator 5-Exercícios sozinho; Fator 6-Exercícios em academias-pessoas com AVE e Fator 7-Rotina²¹. Três questões relacionadas ao "gostar de se exercitar", %capacidade de participação em um programa de exercício físico+ e %preferência em relação ao período do dia para a prática de exercício físico+são adicionadas a esta seção. Por último, a terceira seção possui cinco questões (quatro dessas são abertas) sobre as preferências individuais destes indivíduos pela prática de exercício físico. O questionário não possui score final uma vez que seu objetivo é triar os fatores contextuais relacionados à prática de atividade física²¹. O EPQ_(stroke)-Brasil é válido e confiável para a população brasileira²¹.

Teste de velocidade de marcha

A velocidade de marcha foi avaliada com teste de caminhada de cinco metros. Esse teste avalia a velocidade de marcha e estima a capacidade funcional e o desempenho, sendo recomendada como medida de desfecho em reabilitação pós-AVE^{22,23}. Para a realização do teste de velocidade de marcha de cinco metros, foram desconsiderados um metro e meio inicial e final para a aceleração e desaceleração, e cadeiras foram utilizadas como meta visual²². A cada participante foi solicitado que caminhasse o percurso na sua velocidade habitual. Segundo Bowden²⁴ *et al*, a partir do desempenho do indivíduo no teste, o mesmo pode ser classificado em deambulador domiciliar, velocidade <0,4m/s; deambulador comunitário limitado se a velocidade for de 0,4m/s a 0,8m/s e deambulador comunitário aqueles com velocidade >0,8m/s²⁴. O teste de velocidade de marcha é responsivo a detecção de mudanças na capacidade funcional²².

Perfil de Atividade Humana

Este questionário é utilizado para avaliar o nível de atividade física²⁵. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido com o intuito de avaliar indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica²⁵. Após algumas

adaptações, passou a ser utilizado na avaliação tanto de indivíduos saudáveis quanto de indivíduos com disfunção muscular, neurológica e em idosos. Souza *et al*²⁵ realizaram a adaptação transcultural do questionário para população brasileira. O questionário é composto por 94 itens que enfocam atividades rotineiras e tem sequência baseada no custo energético de cada um deles, calculado pelo equivalente metabólico. A disposição dos itens é baseada no custo energético: os de menor numeração demandam menor gasto energético, os de numeração mais alta, maior gasto energético²⁵. Para cada item o indivíduo pode assinalar: %ainda faço+, %parei de fazer+ ou %nunca fiz+a atividade, sendo que a resposta %nunca fiz+não é computada na pontuação. A partir da resposta, calcula-se o Escore Máximo de Atividade (EMA), que corresponde à última numeração assinalada da atividade com a mais alta demanda de oxigênio que a pessoa %ainda é capaz de fazer+. O cálculo do Escore Ajustado de Atividade (EAA), é alcançado ao subtrair do EMA o número de atividades ou itens que o participante do estudo respondeu que %parou de fazer+. Com base no EAA, o indivíduo é classificado como debilitado (EAA<53), moderadamente ativo (EAA entre 53 e 74) ou ativo (EAA>74)²⁵.

Procedimentos

Inicialmente, os indivíduos foram avaliados quanto à elegibilidade para participação no estudo. Em seguida, foram informados sobre o propósito da pesquisa de identificar os exercícios preferências em sobreviventes de AVE e convidados a assinar o TCLE. Posteriormente, foram iniciadas as coletadas das informações sociodemográficas e clínicas para caracterização da amostra (APÊNDICE A).

Os instrumentos de medidas foram aplicados individualmente por um mesmo avaliador, devidamente treinado, a fim de garantir a confiabilidade das medidas.

Análise estatística

Para análise dos dados clínicos, sociodemográficos e descrição dos exercícios preferenciais, estatística descritiva, como medidas de tendência central e dispersão foram utilizadas.

A distribuição normal dos dados foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. As comparações entre os grupos (praticantes x não-praticantes de atividade física) foram realizadas pelos testes *T-Student* independente ou *Mann-Whitney*, conforme a distribuição dos dados. Análises de correlação bisserial por ponto foram conduzidas para avaliar as associações entre grupos em relação aos fatores do EPQ_(stroke)-Brasil, velocidade de marcha e PAH. As análises foram realizadas com *software* SPSS para Windows (versão 19.0).

RESULTADOS

A amostra incluída no estudo constitui de 101 participantes pós-AVE. Desses, 64 participantes relataram estar envolvidos em um programa de atividade física e 37 não realizam nenhum exercício atualmente. As características sociodemográficas e clínicas de cada grupo de participantes estão descritas na TABELA 1.

O exercício preferencial apontado foi a caminhada, responsável pela resposta de 27 (42,2%) indivíduos que praticam atividade física, seguida de *Lian Gong/Yoga* 6 (9,4%) e exercícios de reabilitação da Fisioterapia 6 (9,4%). No grupo que não pratica atividade física, 17 (45,9%) descreveram a caminhada, 3 (8,1%) exercícios na bicicleta, 3 (8,1%) *Lian Gong* e 3 (8,1%) Pilates, como exercícios que gostariam de praticar. Em relação a organização de programas de atividade física, os participantes relataram que: gostam que alguém demonstre como o exercício deve ser realizado 84% (27,7%); que outra pessoa organize sua sessão de exercícios 80% (30,1%); que sejam estruturados 83% (26,5%); gostam que os exercícios façam parte de suas atividades diárias 80% (30,9%); gostam de se esforçar durante a prática do exercício 82% (31,0%) e acreditam que a prática de exercícios auxilia na prevenção da recorrência do AVE 90% (23,3%).

Na comparação entre os grupos, os itens %Gosto de fazer exercícios+; %Sinto que sou capaz de participar de um programa de exercícios+ e %Gosto de fazer exercícios em uma academia+ referentes as características preferenciais à prática de exercícios, presentes no Fator-2 do questionário EPQ_(stroke)-Brasil foram estatisticamente diferentes ($p < 0,0001$). Os itens %Gosto que alguém me mostre o que devo fazer quando faço exercícios+ (Fator-1); %Gosto de ter flexibilidade para organizar minhas próprias sessões de exercício+ (Fator-3); %Gosto de fazer exercícios em um centro de reabilitação+ (Fator-4); %Gosto de fazer exercícios sozinho+ (Fator-5); %Gosto de fazer exercícios junto com outras pessoas que tiveram AVC+ (Fator-6) e %Prefiro fazer exercícios pela manhã+ (Fator-7), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que pratica exercícios e o que não pratica.

Velocidade de marcha habitual (VMH) ($t=-3,342$, $gl=96$, $p=0,001$) e PAH-EAA ($p=0,30$) demonstraram diferenças significativas (TABELA 2).

Associação entre as variáveis Fator-2 do EPQ_(stroke)-Brasil ($r=0,618$; $p=0,0001$) e VMH ($r=0,428$; $p=0,001$) demonstrou correlação para o grupo de participantes que praticam algum exercício físico (TABELA 3).

Nos itens abertos do EPQ(stroke)-Brasil, a maior parte dos praticantes de exercícios físicos (46,9%) relatou que gosta de praticar exercícios devido ao bem estar que proporciona. Outros motivos foram: O auxílio na recuperação (14,1%), ser um hábito saudável (6,3%), melhorar a mobilidade (4,7%) e favorecer a socialização (4,7%). As barreiras relatadas para prática de exercícios foram: %nada+ (65,6%), seguido de conversar durante a atividade (9,4%) e dor (6,3%). As limitações abordadas que os levam a parar de praticar os exercícios físicos, sendo que a maioria (42,2%) dos indivíduos disse que nada os fazem parar de se exercitar, foram: compromissos (14,1%), cansaço (9,4%), dor (7,8%) e doença (6,3%). Em relação os indivíduos que não praticavam exercícios, as barreiras mais frequentes foram %nada+ (45,9%), dor (13,5%) e cansaço (8,1%) (TABELA 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou os exercícios preferenciais em indivíduos crônicos pós-AVE, sua associação com fatores preferenciais, e capacidade para marcha e nível de atividade. Essas características podem auxiliar no estabelecimento de diretrizes clínicas e políticas públicas de educação em saúde, verificar a efetividade de intervenções terapêuticas e ações preventivas a esta população.

Em seu estudo, Banks⁸ *et al* identificou exercícios em grupo, realizados em uma academia, de forma estruturada e demonstrados como sendo os exercícios preferenciais de indivíduos pós-AVE. Nossos achados identificam a caminhada como exercício preferencial, a qual se caracteriza por uma atividade que pode ser realizada em diferentes ambientes, de maneira não estruturada e sem demonstrações específicas. A preferência por uma atividade com essas características pode estar relacionada à dificuldade de acesso a programas de atividade física e serviços de saúde, principalmente em países em desenvolvimento^{26,27}. Contudo, exercícios realizados em academias e centros de reabilitação, estruturados e demonstrados, também foram relatados como preferenciais, como *Lian Gong/Yoga*, Fisioterapia, bicicleta e Pilates. Além disso, os participantes desse estudo reportaram preferir exercícios demonstrados, estruturados e organizados por outra pessoa, e preferem atividades associadas à sua rotina diária (por exemplo, caminhada), o que está de acordo com o estudo de Banks⁸ *et al*. A preferência por atividades com essas características pode ser explicada pelas limitações decorrentes do AVE que exigem maior suporte para a prática, bem como por reconhecer os benefícios que a prática proporciona, quando bem orientada, com um nível de sobrecarga e aplicável as situações diárias. Além disso, os indivíduos acreditam que a prática regular de exercícios auxilia na prevenção de recorrências do AVE.

Nossos resultados mostram que indivíduos crônicos pós-AVE diferem suas preferências por exercícios no que diz respeito à sentir-se apto para a prática. Praticantes de exercícios físicos desse estudo, relataram maior aptidão quando comparados aos não praticantes. Dessa forma, acreditar mais em seu

potencial para a prática mostrou estar associado com o maior envolvimento dessa população em programas de exercícios ou melhor auto percepção de capacidade para a prática. Os indivíduos que estavam envolvidos em programas de atividade física também apresentaram velocidade de marcha e nível de atividade significativamente maiores, o que nos remete a importância da prática de exercícios para uma melhor aptidão física pós-AVE, já relatada em outros estudos⁵. Além disso, a velocidade de marcha é considerada um preditor para prática de atividade física após AVE²⁸.

Ao analisar os itens abertos do EPQ_(stroke)-Brasil, observa-se relação entre se exercitar e motivos para essa prática, como: sentir-se bem, acreditar que auxilia em sua reabilitação, caracterizar a prática por ser hábito saudável e acreditar ser responsável por melhorar sua mobilidade e favorecer a socialização. Esses achados corroboram com o estudo de Banks⁸ *et al* quando os indivíduos relatam se exercitar porque consideram ser um hábito saudável e que proporciona bem estar. Portanto, fatores pessoais como crença dos benefícios da prática de exercícios, parecem estar relacionados com a sua participação em atividades físicas, nesta população.

Em contrapartida, quando questionados sobre o que não gostam na prática de exercícios, as respostas entre os grupos foram divergentes. Para indivíduos inativos, o cansaço foi resposta mais frequente, o que pode ser explicado pelo fato de serem fisicamente menos ativos. Praticantes de exercícios físicos relataram ainda não terem motivos para não realizá-la. Entretanto, alguns motivos como compromissos, cansaço, dor e doença podem ser considerados como barreiras para prática de exercícios. Tais motivos para não realizarem exercícios já foram relatados por indivíduos pós-AVE em estudos anteriores^{8,29}.

O presente estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho da amostra de indivíduos pós-AVE que não praticam nenhum exercício físico e a não identificação de outros fatores associados à inatividade física, por exemplo, a depressão. Dessa forma, estudos futuros são necessários para analisar se a depressão é um fator preditor para inatividade pós-AVE. Porém, os achados deste estudo podem contribuir na organização de programas de atividade física e reabilitação em indivíduos pós-AVE, e aumentar a motivação e adesão à prática

de exercícios nesta condição de saúde; além de auxiliar na promoção de políticas de saúde pública.

CONCLUSÃO

A caminhada foi o exercício preferencial relatado pelos participantes deste estudo, sendo eles praticantes ou não de exercícios físicos. Além disso, os indivíduos pós-AVE relatam que preferem atividades físicas que sejam demonstradas, estruturadas, organizadas por outra pessoa e que se assemelhem com as atividades da vida diária. Os participantes reportaram ainda, que acreditam, que a prática de exercícios reduz o risco da recorrência de AVE. Quando as preferências por exercícios foram comparadas entre os indivíduos praticantes e os não praticantes de um programa de atividade física, houve diferença apenas no que diz respeito a sentir-se apto para a prática. Participantes desse estudo que praticam exercícios também apresentaram velocidade de marcha e nível de atividade física significativamente maiores que indivíduos que não praticam atividade física.

O conhecimento dos exercícios preferenciais e fatores associados com a prática de exercícios é um passo importante para a organização de programas de reabilitação. Dessa forma, durante a organização de programas de atividade física ou em pesquisas científicas, nos quais sejam necessários avaliar adesão à prática de exercícios, as preferências devem ser utilizadas com o intuito de promover a adesão dessa população.

REFERÊNCIAS

1. TEIXEIRA-SALMELA LF, SANTOS E, OLIVEIRA G, GERALDA E, SANTANA S, RESENDE GP. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Acta Fisiátr** v.7, n.3, p.108. 118, 2000.
2. DATASUS. Departamento de Informática do SUS Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>> Acessado em 5 abr
3. BILLINGER SA, ARENA R, BERNHARDT J, ENG JJ, FRANKLIN BA, JOHNSON CM, *et al.* Physical Activity and Exercise recommendations for stroke survivors: a statement for healthcare professionals The American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**. v.45, n.8, p.2532. 2553, 2014. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000022>
4. SENES S. **How we manage stroke in Australia**. Canberra, editor. Australia: Australian Institute of Health and Welfare, 2006.
5. MEAD G, BERNHARDT J. Physical fitness training after stroke, time to implement what we know: more research is needed. **Int J Stroke**. v.6, n.6, p.506. 508, 2011. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00679.x>
6. GORDON NF, GULANICK M, COSTA F, FLETCHER G, FRANKLIN B a, ROTH EJ, *et al.* Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. **Stroke**. v.35, n.5, p.1230. 1240, 2004. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000127303.19261.19>
7. PANG MYC, ENG JJ, DAWSON AS, GYLFADÓTTUR S. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. **Clin Rehabil**. v.20, n.2, p.97. 111, 2006. <http://dx.doi.org/10.1191/0269215506cr926oa>
8. BANKS G, BERNHARDT J, CHURILOV L, CUMMING TB. Exercise preferences are different after stroke. **Stroke Res Treat**. p.1. 9, 2012. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/890946>
9. SAUNDERS DH, SANDERSON M, MIRIAM B, GREIG CA, MEAD. Physical Fitness Training for stroke atients. **Cochrane Database Syst Rev**. v.7, 2004. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000137413.94706.ba>
10. MOZAFFARIAN D, BENJAMIN EJ, GO AS, ARNETT DK, BLAHA MJ, CUSHMAN M, *et al.* Heart disease and stroke statistics-2015 update: a

- report from the American Heart Association. **Circulation**. 2015. e29-e39 p. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000152>
11. SHAUGHNESSY M, RESNICK BM, MACKO RF. Testing a model of post-stroke exercise behavior. **Rehabil Nurs**. v.31, n.1, p.15.21, 2006. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00005.x>
 12. DISHMAN RK, SALLIS JF, ORENSTEIN DR. The determinants of physical activity and exercise. **Public Heal Rep**. v.100, n.2, p.158.171, 1985. Disponível aqui:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424729/>
 13. BOYSEN G, KRARUP LH, ZENG X, OSKEDRA A, KORV J, ANDERSEN G, *et al*. ExStroke pilot trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: A multinational randomised controlled clinical trial. **BMJ**. 339, b2810, 2009. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2810>
 14. COHEN-MANSFIELD J, MARX MS, BIDDISON JR, GURALNIK JM. Socio-environmental exercise preferences among older adults. **Prev Med** v.38, n.6, p.804. 811, 2004. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.007>
 15. ROGERS LQ, COURNEYA KS, SHAH P, DUNNINGTON G, HOPKINS-PRICE P. Exercise stage of change, barriers, expectations, values and preferences among breast cancer patients during treatment: A pilot study. **Eur J Cancer Care**. v.16, p.55. 66, 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00705.x>
 16. ROGERS LQ, MARKWELL SJ, VERHULST S, MCAULEY E, COURNEYA KS. Rural breast cancer survivors: Exercise preferences and their determinants. **Psychooncology**. v.18, n.4, p.412.21, 2009. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1497>
 17. KOLT GS, MCEVOY JF. Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. **Man Ther**. v.8, n.2, p.110. 116, 2003.[http://dx.doi.org/10.1016/S1356-689X\(02\)00156-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1356-689X(02)00156-X)
 18. CHOMISTEK AK, MANSON JE, STEFANICK ML, LU B, SANDS-LINCOLN M, GOING SB. *et al*. Relationship of sedentary behavior and physical activity to incident cardiovascular disease: Results from the women's health initiative. **J Am Coll Cardiol**. v.61, n.23, p.2346.2354, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.03.031>
 19. BERTOLUCCI PH, BRUCKI SM, CAMPACCI SR, JULIANO Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**. v.52, n.1, p.1.7, 1994.<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
 20. BRUCKI SMD, NITRIN R, CARAMELLI P, BERTOLUCCI PHF, OKAMOTO

- IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.** v.61,(3 B), p.777. 781, 2003.
21. CAETANO LCG. **Adaptação transcultural e análise de propriedades de medida do Exercises Preference Questionnaire (Stroke)** 2016. 107f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)- Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2016;
 22. SALBACH NM, MAYO NE, HIGGINS J, AHMED S, FINCH LE, RICHARDS CL. Responsiveness and predictability of gait speed and other disability measures in acute stroke. **Arch Phys Med Rehabil.** v.82, n.9, p.1204. 1212, 2001. <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2001.24907>
 23. NASCIMENTO LR, CAETANO LCG, FREITAS DCM A., MORAIS TM, POLESE JC, TEIXEIRA-SALMELA LF. Different instructions during the ten-meter walking test determined significant increases in maximum gait speed in individuals with chronic hemiparesis. **Rev Bras Fisioter.** v.16, n.2, p.122. 127, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000008>
 24. BOWDEN MG, BALASUBRAMANIAN CK, BEHRMAN AL, KAUTZ SA. Validation of a speed-based classification system using quantitative measures of walking performance poststroke. **Neurorehabil Neural Repair.** v.22, n.6, p.672. 675, 2008. <http://dx.doi.org/10.1177/1545968308318837>
 25. SOUZA AC, MAGALHAES LDC, TEIXEIRA-SALMELA LF. Cross-cultural adaptation and analysis of the psychometric properties in the Brazilian version of the Human Activity Profile. **Cad Saude Publica.** v.22, n.12, p.2623. 2636, 2006.
 26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neurological disorders: public health challenges.**Switzerland: Neurological disorders: public health challenges, 2006. 233p.
 27. RIMMER JH, WANG E, SMITH D. Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. **J Rehabil Res Dev.** v.45, n.2, p.315. 22, 2008. <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2007.02.0042>
 28. TIEDEMANN A, SHERRINGTON C, DEAN CM, RISSEL C, LORD SR, KIRKHAM C, *et al.* Predictors of adherence to a structured exercise program and physical activity participation in community dwellers after stroke. **Stroke Res Treat.** 2012. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/136525>
 29. GLADER EL, STEGMAYR B, ASPLUND K. Poststroke fatigue: A 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. **Stroke.** v.33, n.5, p. 1327. 1333, 2002. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000014248.28711.D6>

Tabela 1. Características dos participantes

Variáveis	Praticantes de exercícios	Não praticantes de exercícios
	físicos (n=64)	físicos (n=37)
Idade (anos), média (DP)	62(11,6)	61(12,5)
Sexo, número de mulheres	36(56,3)	20(54,1)
Tempo pós-lesão (meses), média (DP)(Min-Max)	57(68; 6-360)	57(63;6-240)
Números de AVE, frequência de apenas um evento(%)	56(87,5)	32(86,5)
Condição de saúde, número de casos (%)		
Excelente	7(10,9)	5(13,5)
Muito boa	6(9,4)	1(2,7)
Boa	26(40,6)	13(35,1)
Razoável	21(32,8)	15(40,5)
Ruim	4(6,3)	3(8,1)
Tempo que pratica atividade física, número de casos(%)		
Menos de 1 mês	2(3,1)	NA
Entre 1 a 6 meses	14(21,9)	NA
Mais 6 meses	47(73,5)	NA
MEEM (0-30), média (DP) (Min-Max)	27(2,8; 20-30)	25(3,5;19-30)

DP- Desvio-padrão;Min- Mínimo; Max- Máximo;AVE- Acidente Vascular Encefálico; MEEM- Mini Exame do Estado Mental; NA- Não se Aplica.

Tabela 2. Comparação entre os grupos praticantes de exercícios físicos e não praticantes

Variável	Test-t Student			Mann Whitney		p-valor
	Praticantes Média(DP)	Não praticantes Média(DP)	Diferença média e IC de 95%	Praticantes Média(DP)	Não praticantes Média(DP)	
EPQ fator 1	---	---	---	0,91(0,98)	-0,157(1,03)	0,144
EPQ fator 2	---	---	---	0,365(0,75)	-0,632(1,06)	<0,0001 *
EPQ fator 3	0,06(0,99)	-0,107(1,02)	-0,169 (-0,58;0,24)	---	---	0,416
EPQ fator 4	0,10(0,99)	-0,177(0,99)	-0,279 (-0,689;0,13)	---	---	0,178
EPQ fator 5	-0,08(1,00)	0,137(0,98)	0,216 (-0,19;0,63)	---	---	0,297
EPQ fator 6	-0,02(0,96)	0,033(1,07)	0,051 (-0,36;0,46)	---	---	0,806
EPQ fator 7	---	---	---	-0,032(1,01)	0,056(0,98)	0,975
Velocidade de marcha habitual (m/s)	0,96(0,41)	0,69(0,37)	-0,288 (-0,45;-0,12)	---	---	0,001**
PAH-EAA (0-94)	---	---	---	62(15,30)	56(15,20)	0,030**

DP- Desvio-padrão; EPQ-*Exercise Preference Questionnaire*_(stroke)-Brasil; PAH-EAA- Perfil de Atividade Humana Escore de Atividade Ajustado

*p-valor<0,0001

**p-valor<0,05

Tabela 3. Análise de correlação entre as variáveis no grupo que pratica exercícios físicos

	EPQ Fator 1	EPQ Fator 2	EPQ Fator 3	EPQ Fator 4	EPQ Fator 5	EPQ Fator 6	EPQ Fator 7	VMH	PAH
Correlação de Pearson (r)	,120	,618	,082	,135	-,105	-,025	-,043	,428	,238
p-valor	,233	,0001*	,416	,178	,297	,803	,671	,001**	,063

EPQ-*ExercisePreferenceQuestionnaire*_(stroke)-Brasil; VMH- Velocidade de marcha habitual; PAH- Perfil de Atividade Humana

*p-valor<0,0001

**p-valor<0,05

Tabela 4. Dados descritivos sobre o que gosta, o que não gosta e limitações para a prática de exercícios físicos pós-AVE

	Praticantes de exercícios físicos	n(%)	Não praticantes de exercícios físicos	n(%)
5 motivos de gostar de prática de exercícios	1-Proporciona bem-estar	30(46,9)	NA	
	2-Auxilia na recuperação	9(14,1)	NA	
	3- É saudável	4(6,3)	NA	
	4- Melhora a mobilidade	3(4,7)		
	5- Socialização	3(4,7)	NA	
3 motivos que não gosta quando pratica exercícios físicos	1-Nada	42(65,6)	Nada	17(45,9)
	2-Conversar durante a atividade	6(9,4)	Dor	5(13,5)
	3- Dor	4(6,3)	Cansaço	3(8,1)
5 motivos que faz parar de fazer exercícios físicos	1-Nada	27(42,2)	NA	
	2-Compromissos	9(14,1)	NA	
	3-Cansaço	6(9,4)	NA	
	4-Dor	5(7,8)	NA	
	5-Doença	4(6,3)	NA	

ANEXO A . Normas para submissão de manuscritos: Brazilian Journal of Physical Therapy



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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e apresentação do manuscrito](#)
- [Submissão eletrônica](#)
- [Processo de revisão](#)
- [Áreas do conhecimento](#)

Escopo e política

O Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT) publica artigos originais de pesquisa, revisões e comunicações breves, cujo objeto básico de estudo refere-se ao campo de atuação profissional da Fisioterapia e Reabilitação, veiculando estudos clínicos, básicos ou aplicados sobre avaliação, prevenção e tratamento das disfunções de movimento.

O conselho editorial do BJPT compromete-se a publicar investigação científica de excelência, de diferentes áreas do conhecimento.

O BJPT segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics ([COPE](#)).

O BJPT publica os seguintes tipos de estudo, cujos conteúdos devem manter vinculação direta com o escopo e com as áreas descritas pela revista:

a) Estudos experimentais: estudos que investigam efeito(s) de uma ou mais intervenções em desfechos diretamente vinculados ao escopo e às áreas do BJPT.

A Organização Mundial de Saúde define ensaio clínico como "qualquer estudo que aloca prospectivamente participante ou grupos de seres humanos em uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar efeito(s) em desfecho(s) em saúde". Ensaios clínicos incluem estudos experimentais de caso único, séries de casos, ensaios controlados não aleatorizados e ensaios controlados aleatorizados. Estudos do tipo ensaio controlado aleatorizado (ECA) devem seguir as recomendações de formatação do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), que estão disponíveis em <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

O CONSORT checklist e Statement Flow Diagram, disponíveis em <http://www.consortstatement.org/downloads/translations> deverão ser preenchidos e submetidos juntamente com o manuscrito.

Os ensaios clínicos deverão informar registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, ex. <http://clinicaltrials.gov/> e/ou <http://anzctr.org.au/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço:

<http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>

- b) Estudos observacionais: estudos que investigam relação(ões) entre variáveis de interesse relacionadas ao escopo e às áreas do BJPT, sem manipulação direta (ex: intervenção). Estudos observacionais incluem estudos transversais, de coorte e caso-controle.
- c) Estudos qualitativos: estudos cujo foco refere-se à compreensão das necessidades, motivações e comportamentos humanos. O objeto de um estudo qualitativo é pautado pela análise aprofundada de uma unidade ou temática, o que inclui opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem quantificação. Estudos qualitativos incluem pesquisa documental e estudo etnográfico.
- d) Estudos de revisão de sistemática: estudos que realizam análise e/ou síntese da literatura de tema relacionado ao escopo e às áreas do BJPT. Manuscritos de revisão sistemática que incluem metanálise terão prioridade em relação aos demais estudos de revisão sistemática. Aqueles manuscritos que apresentam quantidade insuficiente de artigos e/ou artigos de baixa qualidade selecionados na seção de método e que não apresentam conclusão assertiva e válida sobre o tema não serão considerados para a análise de revisão por pares. Os autores deverão utilizar o guideline PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a formatação de Artigos de Revisão Sistemática. Esse guideline está disponível em: <http://prisma-statement.org/statement.htm> e deverá ser preenchido e submetido juntamente com o manuscrito. Sugere-se que potenciais autores consultem o artigo Mancini MC, Cardoso JR, Sampaio RF, Costa LCM, Cabral CMN, Costa LOP. Tutorial for writing systematic reviews for the Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT). Braz J Phys Ther. 2014 Nov-Dec; 18(6):471-480. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0077>.
- e) Estudos de tradução e adaptação transcultural de questionários ou roteiros de avaliação: estudos direcionados a traduzir e adaptar para línguas e culturas distintas a versão original de instrumentos de avaliação existentes. Os autores deverão utilizar o check-list ([Anexo](#)) para a formatação desse tipo de artigo, seguindo também as demais recomendações das normas do BJPT. Respostas ao check-list deverão ser submetidas juntamente com o manuscrito. É igualmente necessário que os autores incluam uma autorização dos autores do instrumento original, objeto da tradução e/ou adaptação transcultural na submissão.
- f) Estudos metodológicos: estudos centrados no desenvolvimento e/ou avaliação das propriedades e características clinimétricas de instrumentos de avaliação. Aos autores, sugere-se utilizar os Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) para a formatação de artigos metodológicos, seguindo também as demais recomendações das normas do BJPT. OBS: Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir também o Standards for Reporting EMG

Data, recomendados pela ISEK - International Society of Electrophysiology and Kinesiology (http://www.isek-online.org/standards_emg.html).

Aspectos éticos e legais

A submissão do manuscrito ao BJPT implica que o trabalho não tenha sido submetido simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados no BJPT são de acesso aberto e distribuídos sob os termos do Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR), que permite livre uso não comercial, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original esteja devidamente mantida. A reprodução de parte(s) de um manuscrito, mesmo que parcial, incluindo tradução para outro idioma, necessitará de autorização prévia do editor.

Os autores devem citar os créditos correspondentes. Ideias, dados ou frases de outros autores, sem as devidas citações e que sugiram indícios de plágio, estarão sujeitas às sanções conforme código de conduta do COPE.

Quando parte do material tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., deve ser citada a referência da apresentação como nota de rodapé na página de título.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes devem ser evitados. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos estabelecidos pelo Committee on Publication Ethics (COPE) e aprovados por um Comitê de Ética Institucional. Para os experimentos em animais, devem-se considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983).

Reserva-se ao BJPT o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas estabelecidas para pesquisas em seres humanos e experimentos em animais.

Critérios de autoria

O BJPT recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A política de autoria do BJPT pauta-se nas diretrizes para a autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, exigidas para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (www.icmje.org), as quais afirmam que "a autoria deve ser baseada em 1) contribuições substanciais para a concepção e desenho ou aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual e 3) aprovação final da versão a ser publicada." As condições 1, 2 e 3 deverão ser contempladas simultaneamente. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si sós, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos.

Os editores poderão analisar, em caso de excepcionalidade,

solicitação para submissão de manuscrito que exceda seis (6) autores. Os critérios para a análise incluem o tipo de estudo, potencial para citação, qualidade e complexidade metodológica, entre outros. Nesses casos excepcionais, a contribuição de cada autor deve ser explicitada ao final do texto, após os agradecimentos e logo antes das referências, conforme orientações do "International Committee of Medical Journal Editors" e das "Diretrizes" para integridade na atividade científica, amplamente divulgadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>).

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Todo material publicado torna-se propriedade do BJPT, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado no BJPT poderá ser reproduzido sem a permissão, por escrito, dos editores. Todos os autores de artigos submetidos deverão assinar um termo de transferência de direitos autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

Forma e apresentação do manuscrito

Manuscritos originais

O BJPT considera a submissão de manuscritos originais com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas). Informações contidas em anexo(s) serão computadas no número de palavras permitidas.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em inglês. Quando a qualidade da redação em inglês comprometer a análise e a avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos/traduzidos para o inglês venham acompanhados de certificação de revisão por serviço profissional de editing and proofreading. Tal certificação deverá ser anexada à submissão. Sugerem-se os seguintes serviços abaixo, não excluindo outros:

- American Journal Experts (<http://www.journalexperts.com>);
- Scribendi (www.scribendi.com);
- Nature Publishing Groups Language Editing (<https://languageediting.nature.com/login>).

Antes do corpo do texto do manuscrito (i.e., antes da introdução), deve-se incluir uma página de título e identificação, palavras-chave, o abstract/resumo e citar os pontos-chave do estudo. No final do manuscrito, devem-se inserir as referências, tabelas, figuras e anexos (se houver).

Título e identificação

O título do manuscrito não deve ultrapassar 25 palavras e deve apresentar o máximo de informações sobre o trabalho. Preferencialmente, os termos utilizados no título não devem constar da lista de palavras-chave.

A página de identificação do manuscrito deve conter os seguintes dados: Título completo e título resumido: com até 45 caracteres,

para fins de legenda nas páginas impressas;

Autores: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (unidade/instituição/cidade/ estado/ país). Para mais de um autor, separar por vírgula;

Autor de correspondência: indicar o nome, endereço completo, e-mail e telefone do autor de correspondência, o qual está autorizado a aprovar as revisões editoriais e complementar demais informações necessárias ao processo;

Palavras-chave: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) em português e em inglês

Abstract/Resumo

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (resumo) e em inglês (abstract), deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Referências, notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas no resumo/abstract. O resumo e o abstract devem ser apresentados em formato estruturado.

Pontos-chave (Bullet points)

Em uma folha separada, o manuscrito deve identificar de três a cinco frases que capturem a essência do tema investigado e as principais conclusões do artigo. Cada ponto-chave deve ser redigido de forma resumida e deve informar as principais contribuições do estudo para a literatura atual, bem como as suas implicações clínicas (i.e., como os resultados podem impactar a prática clínica ou investigação científica na área de Fisioterapia e Reabilitação). Esses pontos deverão ser apresentados em uma caixa de texto (i.e., box) no início do artigo, após o abstract. Cada um dos pontos-chave deve ter, no máximo, 80 caracteres, incluindo espaços, por itens.

Introdução

Deve-se informar sobre o objeto investigado devidamente problematizado, explicitar as relações com outros estudos da área e apresentar justificativa que sustente a necessidade do desenvolvimento do estudo, além de especificar o(s) objetivo(s) do estudo e hipótese(s), caso se aplique.

Método

Consiste em descrever o desenho metodológico do estudo e apresentar uma descrição clara e detalhada dos participantes do estudo, dos procedimentos de coleta, transformação/redução e análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. Para ensaios clínicos, o processo de seleção e alocação dos participantes do estudo deverá estar organizado em fluxograma, contendo o número de participantes em cada etapa, bem como as características principais (ver modelo do fluxograma CONSORT).

Quando pertinente ao tipo de estudo, deve-se apresentar o cálculo amostral utilizado para investigação do(s) efeito(s). Todas as informações necessárias para a justificativa do tamanho amostral utilizado no estudo devem constar do texto de forma clara.

Devem ser descritas as variáveis dependentes e independentes; deve-se informar se os pressupostos paramétricos foram atendidos; especificar o programa computacional usado na análise dos dados e o nível de significância adotado no estudo e especificar os testes estatísticos aplicados e sua finalidade.

Resultados

Devem ser apresentados de forma breve e concisa. Resultados pertinentes devem ser reportados utilizando texto e/ou tabelas e/ou figuras. Não se devem duplicar os dados constantes em tabelas e figuras no texto do manuscrito.

Os resultados devem ser apresentados por meio de medidas de tendência e variabilidade (por ex: média (DP), evitar média±DP) em gráficos ou tabelas autoexplicativas; apresentar medidas da magnitude (por ex: tamanho do efeito) e/ou precisão das estimativas (por ex: intervalos de confiança); relatar o poder de testes estatísticos não significantes.

Discussão

O objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis na literatura, principalmente àqueles que foram indicados na introdução. Novas descobertas devem ser enfatizadas com a devida cautela. Os dados apresentados no método e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Reabilitação deverão ser explicitadas.

Referências

O número recomendado é de 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. Deve-se evitar que sejam utilizadas referências que não sejam acessíveis internacionalmente, como teses e monografias, resultados e trabalhos não publicados e comunicação pessoal. As referências devem ser organizadas em sequência numérica de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - ICMJE.

Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das informações das referências constantes no manuscrito e sua correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Tabelas, Figuras e Anexos.

As tabelas e figuras são limitadas a cinco (5) no total. Os anexos serão computados no número de palavras permitidas no manuscrito. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, a(s) versão(ões) em inglês da(s) tabela(s), figura(s) e anexo(s) e suas respectivas legendas deverão ser anexadas no sistema como documento suplementar.

-Tabelas: devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido: uma página, tamanho A4, em espaçamento duplo), devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela.

-Figuras: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. Informações constantes nas figuras não devem repetir dados descritos em tabela(s) ou no texto do manuscrito. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Letras em caixa-alta (A, B, C etc.) devem ser usadas para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que não dificulte a análise dos dados. As figuras coloridas serão publicadas apenas na versão on-line. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em alta resolução ou em sua versão original. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação.

-Agradecimentos: devem incluir declarações de contribuições importantes, especificando sua natureza. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização das pessoas/instituições nomeadas nos agradecimentos.

Comunicações breves ou short communication

O BJPT publicará um short communication por número (até seis por ano), e a sua formatação é semelhante à do artigo original, com 1200 palavras, até duas figuras, uma tabela e dez referências bibliográficas.

Submissão eletrônica

A submissão dos manuscritos, os quais devem ser preferencialmente em inglês, deverá ser efetuada por via eletrônica no site <http://www.scielo.br/rbfis>. Os manuscritos redigidos em português serão analisados e, se foram selecionados para publicação, a tradução para o inglês da versão corrigida será de responsabilidade dos autores.

A versão traduzida deverá ser enviada no prazo máximo de dez dias com certificação e será submetida ao Editor Internacional e revisor sob responsabilidade do BJPT. Os trabalhos aprovados serão publicados apenas na língua inglesa a partir do volume 19.1(2015).

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

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem inserir como documento suplementar no sistema, além dos arquivos requeridos nas instruções acima, a Carta de encaminhamento do material, a Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse e a Declaração de transferência de direitos autorais assinadas por todos os autores.

Processo de revisão

Os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas e que se apresentarem em conformidade com a política editorial do BJPT serão encaminhados para os editores de área, que farão a avaliação inicial do manuscrito e enviarão ao editor chefe a recomendação ou não de encaminhamento para revisão por pares. Os critérios utilizados para análise inicial do editor de área incluem: originalidade, pertinência, relevância clínica e métodos. Os manuscritos que não apresentarem mérito ou não se enquadrarem na política editorial serão rejeitados na fase de pré-análise, mesmo quando o texto e a qualidade metodológica estiverem adequados. Dessa forma, o manuscrito poderá ser rejeitado com base apenas na recomendação do editor de área, sem necessidade de novas avaliações, não cabendo, nesses casos, recurso ou reconsideração. Os manuscritos selecionados na pré-análise serão submetidos à avaliação de especialistas, que trabalharão de forma independente. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores. Os editores coordenarão as informações entre os autores e avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores e editores de área. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos serão acompanhados de justificativa do editor. Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, os arquivos e documentação referentes ao processo de revisão serão eliminados.

Áreas do conhecimento

1. Fisiologia, Cinesioterapia e Biomecânica; 2. Cinesioterapia/recursos terapêuticos; 3. Desenvolvimento, aprendizagem, controle e comportamento motor; 4. Ensino, Ética, Deontologia e História da Fisioterapia; 5. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções cardiovasculares e respiratórias; 6. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções do envelhecimento; 7. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções musculoesqueléticas; 8. Avaliação, prevenção e

Rev. Bras. Fisioter. - Instruções aos autores

tratamento das disfunções neurológicas; 9. Avaliação, prevenção e tratamento nas condições da saúde da mulher; 10. Ergonomia/Saúde no trabalho.

ANEXO B . Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Nº _____****Pesquisadora:** Lívia Cristina Guimarães Caetano**Orientadora :** Prof^a. Dra. Aline Alvim Scianni**TÍTULO DO PROJETO****TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO EXERCISE PREFERENCE QUESTIONNAIRE_(STROKE) APÓS-AVE****INFORMAÇÕES**

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar a prática de atividade física em pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVC). Este projeto será desenvolvido como dissertação de mestrado do programa de pós graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS

Inicialmente, serão coletadas informações de alguns parâmetros clínicos e sóciodemográficos. Para garantir o seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome.

A prática de atividade física será avaliada através de perguntas sobre a execução das atividades, barreiras e facilitadores para sua realização, sempre referindo-se ao seu dia-a-dia. A duração máxima da avaliação é de duas horas, sendo que serão realizados intervalos para repouso.

RISCOS

Durante o teste, você poderá sentir cansaço e caso isto aconteça, períodos de repouso serão permitidos entre as perguntas. Qualquer tipo de desconforto vivenciado durante as perguntas deve ser revelado, para que os pesquisadores tomem as devidas providências com o objetivo de minimizá-lo.

BENEFÍCIOS

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

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR

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

GASTOS FINANCEIROS

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

USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

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

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com: Livia Cristina Guimarães Caetano: (031) 7532-4769 Prof^a. Dra. Aline Alvim Scianni (031) 34094791/99048564 Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Acompanhante

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

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

Comitê de Ética em Pesquisa / Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Rua
Frederico Bracher Junior, 103 . 3º andar- Setor de Educação em Saúde, Padre
Eustáquio. CEP: 30720-000 - BH . MG.
Telefone: (31) 3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO C . Exercise Preference Questionnaire_(stroke). Brasil

Questionário de Preferências de Exercícios_(AVC)-Brasil

- Este questionário é sobre os tipos de exercício que você gosta e não gosta de fazer.
- Suas respostas vão nos ajudar a entender mais sobre os melhores tipos de programas de exercício para pessoas que sofreram AVC.
- Por favor, responda honestamente – toda informação coletada é confidencial.
- O questionário não deve demorar mais que ___ minutos – obrigado pelo seu tempo.

1. Você participa atualmente de um programa organizado de exercício?
() Sim () Não (se "não", favor passar para a questão 4)
2. Há quanto tempo você participa deste programa?
() Menos de 1 mês () 1 – 6 meses () Mais de 6 meses
3. O que este programa inclui? Você pode marcar uma ou mais opções.
() Caminhada () Aeróbica () Musculação
() Natação () Yoga () Ciclismo
() Outro (favor especificar) _____
- Favor indicar de zero (0)% a cem (100)% o quanto você concorda com cada uma das afirmativas abaixo:
4. Gosto de fazer exercícios ___%
5. Sinto que sou capaz de participar de um programa de exercícios ___%
6. Prefiro fazer exercícios pela manhã ___%
7. Gosto de fazer exercícios em uma academia ___%
8. Gosto de fazer exercícios sozinho ___%
9. Gosto de fazer o mesmo tipo de exercício cada vez que pratico atividade física ___%
10. Gosto que alguém me mostre o que devo fazer quando faço exercícios ___%
11. Gosto de fazer exercícios em um centro de ginástica comunitário, como em academia da cidade ___%
12. Gosto de me sentir cansado após uma sessão de exercícios ___%
13. Gosto de fazer exercícios com a família ou amigos ___%
14. Gosto que minhas sessões de exercícios sejam planejadas (por exemplo, aula de hidroginástica) ___%
15. Gosto que outra pessoa organize minhas sessões de exercícios ___%
16. Gosto de fazer exercícios em um centro de reabilitação ___%
17. Gosto de fazer exercícios leves ___%
18. Gosto de fazer exercícios com outras pessoas com idade próxima a minha ___%
19. Gosto de ter instruções por escrito dos meus exercícios ___%
20. Gosto de ter flexibilidade para organizar minhas próprias sessões de exercício ___%
21. Gosto de fazer exercícios em casa ___%
22. Acho que fazer exercícios vai ajudar a evitar outros AVCs ___%
23. Gosto de me esforçar em uma sessão de exercício ___%
24. Gosto de fazer exercícios junto com outras pessoas que tiveram AVC ___%
25. Gosto que os exercícios façam parte das minhas atividades diárias (por exemplo, caminhar para fazer compras) ___%
26. Gosto de fazer exercícios ao ar livre ___%
27. Gosto de fazer exercícios com um grupo da minha comunidade ___%
28. Preocupo que o exercício possa causar outro AVC ___%
29. O que você gosta quando pratica exercícios?

30. O que você não gosta quando pratica exercícios?

31. O que lhe faz parar de fazer exercícios?

32. Relacione três tipos de exercícios favoritos:

33. Numere os seguintes tipos de exercícios de 1-10, 1 para o tipo de exercício favorito e 10 para o tipo de exercício menos favorito
() Caminhada () Hidroginástica () Golfe
() Natação () Musculação () Boliche
() Yoga () Pilates () Ciclismo
() Academia () Outro (favor especificar) _____

FIM – Muito obrigado.

APÊNDICE A É Ficha de caracterização dos participantes

FICHA DE AVALIAÇÃO

Data: _____ Código: _____ Local de recrutamento: _____

Dados demográficos

Nome: _____ Sexo: () M () F

Tel. _____ Endereço: _____

Data de nascimento ___/___/___ Idade (anos): _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Ocupação atual: _____

Acompanhante: _____ Parentesco: _____

Tel. _____ Endereço: _____

Em geral, o senhor diria que a sua saúde é: () Excelente () Muito boa () Boa () Razoável () ruim
QP: _____

Dados clínicos

() Uma história de AVE Data: _____ Tempo de evolução (meses): _____

() Isquêmico () Hemorrágico () Não sabe

() Hemiparesia direita () Hemiparesia esquerda () Outros

() Mais de uma história de AVE: _____ Data da última: _____

Tempo de evolução (meses): _____ () Isquêmico () Hemorrágico () Não sabe

() Hemiparesia direita () Hemiparesia esquerda () Outros

Número de medicamentos em uso: _____

Descrição: _____

Número de doenças associadas: _____

Descrição: _____

Órtese: () Não () Sim. Qual _____

Déficit visual _____ Afasia motora: _____ Afasia sensorial: _____

Mini-Mental: _____ PAH: _____ GDS: _____

Teste de velocidade marcha (5M): _____ Teste de caminhada de 2 min _____