



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**ISABELA GUIMARÃES MATOS**

**PREDITORES DE INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE EM INDIVÍDUOS APÓS  
AVC: ESTUDO LONGITUDINAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador - BA  
2019**

**ISABELA GUIMARÃES MATOS**

**PREDITORES DE INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE EM INDIVÍDUOS APÓS  
AVC: ESTUDO LONGITUDINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Elen Beatriz Carneiro Pinto  
Co-orientadora: Dr<sup>a</sup> Helena Fraga Maia

Salvador-BA  
2019

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

M425 Matos, Isabela Guimarães  
Preditores de integração na comunidade em indivíduos após AVC: estudo longitudinal. / Isabel Guimarães Matos. – 2019.  
67f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Beatriz Carneiro Pinto  
Coorientadora: Profa. Dra. Helena Fraga-Maia

Mestre em Tecnologias em Saúde.

Inclui bibliografia

1. Acidente vascular cerebral. 2. Funcionalidade. 3. Participação social. 4. Seguimento.

I. Título.

CDU: 616.831-005.1

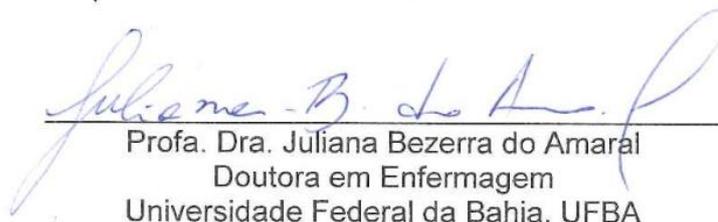
**ISABELA GUIMARÃES MATOS**

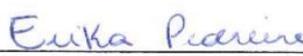
**“PREDITORES DE INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE EM INDIVÍDUOS APÓS AVC: ESTUDO LONGITUDINAL”**

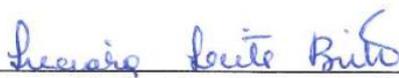
Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 08 de abril de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Profa. Dra. Juliana Bezerra do Amaral  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

  
Profa. Dra. Erika Pedreira da Fonseca  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

  
Profa. Dra. Luciara Leite Brito  
Doutora em Saúde Pública  
Universidade Federal da Bahia, UFBA

*Dedico este trabalho aos sobreviventes de AVC, em especial aos meus pacientes e aos indivíduos dessa pesquisa. Pessoas, que inspiram a percorrer novos caminhos na busca do conhecimento de soluções de estratégias habilitem esses indivíduos a se tornarem preparados não somente para o desempenho de uma atividade ou função, mas também, devolvam esses indivíduos o mais próximo do seu convívio social.*

## AGRADECIMENTOS

O fechamento de um ciclo é um precioso momento para avaliar as oportunidades vivenciadas e agradecer a todos que participaram desse processo. Dessa forma agradeço;

A minha professora orientadora Dr<sup>a</sup>. Elen Beatriz Pinto, que sempre acreditou no meu trabalho enquanto fisioterapeuta, pela amizade, por todos os ensinamentos durante a minha vida acadêmica e profissional, principalmente pelo incentivo a pesquisa, confiança e pelo apoio e orientações fundamentais na concretização deste trabalho.

À professora Co-orientadora Dr<sup>a</sup>. Helena Fraga Maia, pela amizade, pronta disponibilidade e pelas grandes contribuições.

Ao Grupo de pesquisa Comportamento Motor e Reabilitação Neurofuncional pela possibilidade de realização do trabalho e em especial a minha amiga e parceira de pesquisa Adriana Helena Fernandes com quem percorri e compartilhei todos os momentos dessa caminhada e aos também alunos do projeto de Extensão da Universidade do Estado da Bahia, hoje colegas fisioterapeutas Andressa Santana, Emely Spricigo, Lene Gomes e Matheus Matos pela dedicação e colaboração no processo de construção desse trabalho.

À Universidade do Estado da Bahia- UNEB, por todo apoio logístico através da disponibilização do carro e do motorista para realização das visitas domiciliares em especial a pessoa do Sr. Jairo Chagas pelo compromisso, acolhimento e cuidado com o nosso transporte durante todo processo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos para financiamento do mestrado.

As amigas terapeutas do Núcleo de Terapia Neurofuncional, Iara Maso e Mayra Castro parceiras na luta diária e desafios profissionais, pelo carinho, apoio e incentivo.

Por fim, gostaria de agradecer os meus queridos amigos Aroldo Rezende, Amanda Melo, Fabio Alonso e Taize Tillemont por cada sorriso, pela escuta nos momentos mais difíceis dessa caminhada e por vibrarem comigo em cada uma das minhas realizações.

Aos meus filhos, Frederico, Catarina e Joaquim, molas propulsoras da minha vida, pela compreensão em todos os momentos de ausência.

À Frederico Barbosa, meu parceiro de todas as lutas, pelo amor, cuidado e companheirismo em todos os momentos.

As minhas irmãs Tatiana Matos e Carla Matos que mesmo distantes se fizeram presentes na minha vida.

Em especial os meus pais, José Reineildes e Eliana, pelo amor incondicional e por me ajudarem no cuidado do meu bem mais precioso, a minha família.

*“Nem tudo que conta pode ser contado  
e nem tudo que é contado , verdadeiramente conta”*

*Albertin Einstein*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A magnitude do acidente vascular cerebral (ACV) se dá não apenas pela sua letalidade, mas, principalmente pelo impacto negativo que proporciona na funcionalidade e na vida social dos sobreviventes. Compreender os aspectos que impactam na reintegração desses indivíduos na comunidade é um importante marcador para reabilitação. **OBJETIVO:** Identificar os preditores da integração na comunidade de indivíduos após AVC. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de Coorte prospectivo, que faz parte do estudo mãe “Caracterização clínica, funcional e sociodemográfica dos pacientes atendidos em uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral”. Para essa etapa da coorte foram incluídos os indivíduos provenientes da Unidade de AVC do Hospital Geral Roberto Santos (UAVC-HGRS), com diagnóstico de AVC isquêmico, idade superior a 18 anos e residentes na cidade de Salvador-Ba. As informações relativas às características sociodemográficas, aos hábitos de vida, clínicas e ao desempenho funcional foram compiladas do banco do estudo-mãe. Para esta etapa da coorte no domicílio, as seguintes escalas e testes foram aplicados: o Índice de Bartel Modificado (IBM), o índice de Atividades de Frenchay (FAI), o Timed Up and Go (TUG) e o questionário de integração na comunidade (CIQ), assim como um questionário incluindo informações a respeito da acessibilidade. Após a avaliação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, foi realizada uma análise descritiva para identificar as características da população estudada, sendo as variáveis numéricas apresentadas em média e desvio padrão ou em mediana e intervalo interquartis. As variáveis categóricas foram apresentadas em termos absolutos e/ou frequência relativa. A análise multivariada foi conduzida a partir de um modelo teórico definido a *priori*, discriminando os fatores associados em blocos hierarquizados considerando significante apenas as variáveis com  $p < 0,05$ . Como a variável desfecho, integração na comunidade, apresentou distribuição não normal, foi utilizado o modelo de regressão linear robusta. A magnitude da associação foi estimada pelo cálculo dos coeficientes da regressão, adotando-se o Intervalo de Confiança a 95% (IC: 95%). **RESULTADOS:** Nos dados basais da coorte foram identificados 332 pacientes avaliados na UAVC (janeiro de 2015 a junho de 2016), e nesta etapa da coorte foram pré-selecionados para participar da coorte 204 indivíduos residentes na cidade de Salvador. Destes, 124 (60,78%) indivíduos preencheram efetivamente os critérios de elegibilidade e compuseram a população do estudo. Um total de 51,6% de indivíduos era do sexo feminino, com a mediana da idade de 63 anos (53-68 anos). Observou-se ainda que 82,3% referiram cor de pele não branca, 53,2% viviam com companheiro, apresentando uma mediana de 6 anos de estudo (4-12 anos) e renda familiar de 2 (dois) salários mínimos. Além disso, apresentaram como hábitos de vida prévios mais frequentes o etilismo (25,8%) e tabagismo (18,5%). Os indivíduos permaneceram internados na UAVC com a mediana de 6 dias (4-10) e apresentaram mediana de NIHSS de 7 pontos (4-12). No modelo multivariado de regressão linear permaneceram como preditores independentes a idade ( $\beta = -0,491$ ; 95% IC =  $-0,857 - -0,125$ ;  $p=0,009$ ), DM ( $\beta = -2,189$ ; 95% IC =  $-4,030 - -0,348$ ;  $p=0,020$ ), tabagismo ( $\beta = -3,047$ ; 95% IC =  $-5,275 - -0,819$ ;  $p=0,008$ ) e a capacidade funcional ( $\beta = 0,181$ ; 95% IC =  $0,107 - 0,255$ ;  $p < 0,001$ ). **CONCLUSÃO:** A idade, a capacidade funcional apresentada na alta da UAVC, a DM e o tabagismo permaneceram como preditores independentes do nível de integração na comunidade em indivíduos após AVC, avaliados no domicílio na cidade de Salvador, Bahia.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral. Funcionalidade. Participação Social. Seguimento.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The magnitude of stroke is due not only to its lethality but also to its negative impact on the functioning and social life of survivors. Understanding the aspects that impact the reintegration of these individuals into the community is an important marker for rehabilitation. **OBJECTIVE:** To identify the predictors of community integration in community-based stroke patients. **MATERIAL AND METHODS:** This is a prospective cohort study, which is part of the study entitled "Clinical, functional and sociodemographic characterization of patients treated in a Stroke Unit". For this stage of the cohort, individuals from the Stroke Unit of the Roberto Santos General Hospital (UAVC-HGRS), diagnosed with ischemic stroke and aged over 18 years and living in the city of Salvador-Ba, were included. Information on sociodemographic characteristics, life habits, clinical characteristics and functional performance were compiled from the mother-study bank. For this stage of the home cohort, the following scales and tests were applied: the Modified Bartel Index (IBM), the Frenchay Activity Index (FAI), the Timed Up and Go (TUG), and the community integration questionnaire (CIQ), as well as a questionnaire including information on accessibility. After the Kolmogorov-Smirnov test, a descriptive analysis was performed to identify the characteristics of the studied population, with the numerical variables being presented as mean and standard deviation or in the median and interquartile range. Categorical variables were presented in absolute terms and / or relative frequency. The multivariate analysis was conducted from a theoretical model defined a priori, discriminating the associated factors in hierarchical blocks considering significant only the variables with  $p = 0,05$ . As the outcome variable, integration in the community, presented non-normal distribution, the robust linear regression model was used. The magnitude of the association was estimated by the calculation of the regression coefficients, adopting the 95% Confidence Interval (95% CI). **RESULTS:** In the baseline cohort data, 332 patients were evaluated at the UAVC (January 2015 to June 2016), and at this stage of the cohort, 204 individuals were selected to participate in the cohort in the city of Salvador. Of these, 124 (60.78%) individuals effectively met the eligibility criteria and made up the study population. A total of 51.6% of individuals were female, with the median age of 63 years (53-68 years). It was also observed that 82.3% reported non-white skin color, 53.2% lived with companion, presenting a median of 6 years of study (4-12 years) and family income of 2 (two) minimum wages. In addition, alcohol consumption (25.8%) and smoking (18.5%) had the most frequent previous life habits. The subjects remained hospitalized at the UAVC with a median of 6 days (4-10) and presented a median NIHSS score of 7 (4-12). In the multivariate linear regression model, age ( $\beta = -0.491$ , 95% CI = -0.857 - -0.125,  $p = 0.009$ ) remained independent predictors, DM ( $\beta = -2.189$ , 95% CI = 4.030 - - 0.348;  $p = 0.020$ ), smoking ( $\beta = -3.047$ , 95% CI = -5.275-0.819,  $p = 0.008$ ) and functional capacity ( $\beta = 0.181$ , 95% CI = 0.107-0.255,  $p = 0.001$ ). **CONCLUSION:** Age, functional capacity presented at the discharge of UAVC, DM and smoking remained as independent predictors of the level of integration in the community in individuals after stroke, evaluated at home in the city of Salvador, Bahia.

Keywords: Stroke. Functionality. Social participation. Follow up.

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP

Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Unidade de AVC do Hospital Geral Roberto Santos – UAVC/HGRS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo de ajustes com relação à hierarquia entre as variáveis determinantes para integração na comunidade, Salvador, Bahia, 2015-2018. ....	27
<b>Figura 2</b> - Fluxograma com os passos relativos às etapas do recrutamento durante a coorte .	28
<b>Figura 3</b> - Mapa dos locais de residência dos pacientes que compuseram a população do estudo, distribuídos nos distritos sanitários de Salvador, Bahia.....	29
<b>Figura 4</b> - Associação entre FAI e CIQ encontrada para de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018. ....	36
<b>Figura 5</b> - Associação entre TUG e CIQ encontrada para de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018. ....	37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas e relativas a hábitos de vida prévios de 124 indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2015-2018. ....	30
<b>Tabela 2</b> - Perfil clínico e funcional dos indivíduos após AVC residentes na comunidade na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Salvador, Bahia, 2015-2018. ....	32
<b>Tabela 3</b> - Coeficientes da regressão robusta hierarquizada por blocos com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% e valor de p da associação entre a integração na comunidade (CIQ) e variáveis sociodemográficas, clínicas, relativas aos hábitos de vida e a participação social de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>AVDs</b>	Atividades de vida diária
<b>AIVDs</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>DCV</b>	Doenças cerebrovasculares
<b>CIF</b>	Classificação internacional de funcionalidade
<b>CIQ</b>	Community Integration Questionnaire
<b>FAI</b>	Frenchay Activities Index
<b>IBM</b>	Índice de Bathel Modificado
<b>NIHSS</b>	National Institutes of Health Stroke Scale
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>TUG</b>	Timed Up and Go
<b>UAVC</b>	Unidade de acidente vascular cerebral
<b>HGRS</b>	Hospital Geral Roberto Santos
<b>UNEB</b>	Universidade do Estado da Bahia
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
3.1	Acidente Vascular Cerebral	17
3.2	Impacto do AVC na participação social	19
3.3	Preditores de integração na comunidade após AVC	21
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	23
4.1	Desenho e população do estudo	23
4.2	Coleta de dados	23
4.3	Cálculo amostral	24
4.4	Instrumentos de Coleta e definição das variáveis	24
4.5	Plano de Análise Estatística	26
4.6	Aspectos Éticos	27
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	28
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	38
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	46
	<b>REFERÊNCIAS</b>	47
	<b>APÊNDICES</b>	55
	<b>ANEXOS</b>	59

## 1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é considerado uma emergência médica de início súbito, que em geral leva a consequências crônicas, complexas e heterogêneas. Embora muito tenha se evoluído no que diz respeito à epidemiologia, etiologia, fatores de risco e tratamento do AVC, são escassas as informações sobre a vida após esse evento<sup>(1-3)</sup> bem como sobre a relação de fatores ambientais e a participação social em indivíduos com AVC residentes na comunidade<sup>(4)</sup>.

A magnitude do AVC se dá não apenas pela sua letalidade, mas principalmente pelo impacto negativo que proporciona na qualidade de vida dos sobreviventes. As sequelas persistentes provocadas por essa doença podem levar a uma grande variedade de limitações de atividades, gerando uma percepção reduzida desses indivíduos sobre seu bem-estar<sup>(4,5)</sup>. Por ser altamente incapacitante, a grande maioria dos indivíduos deixam de realizar sua principal função anterior ao AVC<sup>(6)</sup>, e isso vem sendo relacionado com um declínio da qualidade de vida desses indivíduos à medida que interfere no retorno as atividades e aos hábitos de vida anteriores, prejudicando a participação social desses indivíduos na comunidade<sup>(5,7)</sup>.

As manifestações clínicas e funcionais em indivíduos após AVC são bastante variáveis, podendo atingir todos os domínios representados no modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), proposto pela organização mundial de saúde (OMS), em 2001<sup>(8)</sup>. Em uma perspectiva ampla, para a compreensão da saúde e o impacto das doenças, o modelo da CIF considera a funcionalidade sobre um aspecto mais abrangente, incluindo as dimensões biomédica, psicológica e a social, sendo composta por domínios que integram o estado de saúde do indivíduo, considerando as funções e estruturas do corpo, as atividades desenvolvidas, a participação social, bem como, fatores ambientais e pessoais<sup>(6,8,9)</sup>.

Mesmo considerando os avanços no tratamento do AVC, sabe-se que parte significativa dos sobreviventes apresenta incapacidade moderada ou grave<sup>(10,11)</sup>. Dessa forma, a compreensão do impacto do AVC em uma perspectiva biopsicossocial se faz necessária a fim de favorecer a sistematização dos programas de reabilitação e auxiliar a definição de condutas, a prevenção e uma intervenção direcionada as funções e restrições apresentadas por cada indivíduo no seu ambiente. A reintegração na comunidade após AVC é uma área de estudo que vem despertando muito interesse em todo mundo, mas ainda pouco explorada no

Brasil, permanecem lacunas no que diz respeito à participação social dos indivíduos e como os fatores ambientais influenciam na vida após AVC.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Identificar os preditores da integração na comunidade de indivíduos após AVC

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os indivíduos após AVC de acordo com os domínios da CIF;
- Verificar a associação das características sociodemográficas, clínicas e funcionais com o nível de integração na comunidade;
- Verificar a associação dos aspectos ambientais com o nível de integração na comunidade;
- Disponibilizar dados a respeito do processo de reabilitação desses indivíduos pós AVC.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Acidente Vascular Cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) é um importante problema de saúde no âmbito mundial<sup>(1,3,12)</sup>. É também, a principal causa de incapacidade em longo prazo e gera impacto sobre a qualidade de vida de pacientes, famílias e sobre os serviços de saúde<sup>(13)</sup>. Reconhecida como a principal causa de morte em pessoas acima de 60 anos, é a quinta principal causa em pessoas com idades entre 15-59 anos<sup>(14-17)</sup>. Estimativas apontam que 17,3 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2008, o que representa 30% de todas as mortes no mundo. Dessas mortes, estima-se que 7,3 milhões foram devido a doenças coronárias e 6,2 milhões foram devido ao AVC<sup>(18)</sup>. Segundo a American Heart Association, em 2018, as projeções mostram que até 2030, um adicional de 3,4 milhões de adultos americanos com idade  $\geq 18$  anos, o correspondente a cerca de 3,88% da população adulta terá AVC, sugerindo uma tendência no aumento do número de mortes por AVC para 7,8 milhões, caso não haja intervenções<sup>(3,19)</sup>.

Estudos apontam que, apesar da estabilidade na incidência dessa doença nos países desenvolvidos, a letalidade não diminuiu nas últimas décadas<sup>(3,20,21)</sup>, em outros ressaltase que 87% dos óbitos por AVC ocorreram nos países em desenvolvimento<sup>(3,13,19,22,23)</sup>. Nos países de renda mais baixa como o Brasil, a incidência do AVC tende a aumentar ainda mais com o rápido avanço do envelhecimento populacional e vem se mostrando cada vez mais presente entre os indivíduos mais jovens<sup>(20,21,24)</sup>. O Brasil é o país da América latina com as mais altas taxas de mortalidade por AVC<sup>(1,25)</sup>. Neste, representa a terceira causa de morte prematura perdendo apenas para as doenças coronarianas e homicídios. A redução do risco de morte, nas regiões mais desenvolvidas, ainda que tardia e discreta se comparada a outros países, deve-se provavelmente as diferenças nos controles dos principais fatores de risco, uma vez que, os programas de prevenção primária e secundária das doenças circulatórias não representam um único panorama nas diferentes regiões ou entre áreas rurais e urbanas<sup>(1,2)</sup>. A Bahia, o maior estado do Nordeste aparece como o estado dessa região com a maior taxa de mortalidade por doença cerebrovascular (DCV), destacando Salvador como o município com maior número de óbitos por DVC em 2015, com 1.217 casos<sup>(26)</sup>.

Diferentes aspectos relacionados a fatores de risco para o AVC já são bem descritos na literatura; apontando sua maior frequência entre indivíduos negros, com idade elevada, hipertensos, tabagistas, viúvos e com menor tempo de escolaridade<sup>(1,24,27)</sup>. Em alguns estudos não se observa um consenso, no que diz respeito à frequência entre os sexos<sup>(12,21,24)</sup> apesar de uma maior frequência de AVC em mulheres jovens vim sendo demonstrada em outro estudo<sup>(24)</sup>.

Inúmeras são as desordens decorrentes do AVC, entre estas podemos citar, por exemplo; os problemas cognitivos, emocionais e comportamentais<sup>(10,28,29)</sup>. Entretanto, a seqüela mais comumente encontrada é a hemiplegia ou a hemiparesia<sup>(10)</sup>, que se caracteriza por alterações sensoriais, perceptuais, de força muscular e controle postural, que comprometem a seletividade dos movimentos e prejudicam a realização das atividades de vida diária (AVD'S), bem como o retorno as atividades laborais e a participação social dos indivíduos, o que acarreta grande impacto na vida dos pacientes, de seus familiares e na comunidade<sup>(5,7)</sup>.

A ocorrência e frequência desses sinais e sintomas são variáveis de acordo com a população estudada, além da fase que se encontra a população do estudo. Um estudo descritivo com coleta de dados primários, realizado por nosso grupo no Ambulatório de Doenças Cerebrovasculares da Universidade Federal da Bahia, em Salvador, constatou que dentre os pacientes com AVC, havia um número maior de mulheres e uma faixa etária com intervalo amplo, entre 30 e 95 anos. Neste grupo, foi observada hemiparesia em 72% dos pacientes, e havia uma predominância de seqüelas de origem sensório-perceptual. Quanto ao perfil profissional/ocupacional foi alterado após o AVC, transformando a condição de *trabalhador* em *aposentado* em grande parte dos assistidos. Apenas dois pacientes dos vinte e oito, que trabalhavam antes do AVC, continuaram desempenhando suas atividades<sup>(29)</sup>.

As diretrizes de AVC<sup>(30)</sup> preconizam que o tratamento do indivíduo com AVC, se dê de forma rápida e conte com serviços de atendimento pré-hospitalar e equipes clínicas especializadas, treinadas para identificação e tratamento, transporte imediato para o hospital indicado e preferencialmente em unidades que tratam o AVC. Em uma Revisão Sistemática Cochrane<sup>(31)</sup>, onde foram incluídos 28 ensaios, envolvendo 5.855 participantes, com objetivo de avaliar o efeito dos cuidados de uma unidade de AVC, em comparação com formas alternativas de atendimento, indentificou-se que os indivíduos que recebem cuidados em uma unidade de AVC têm maior probabilidade de sobreviver, serem independentes e vivendo em casa<sup>(31)</sup>. No

Brasil, o Ministério da Saúde iniciou em 2008 a estruturação da Rede Nacional de Atendimento ao AVC para capacitação de profissionais e implantação de serviços especializados. Dentre estes avanços, destaca-se a aprovação da Linha de Cuidados em AVC que instituiu as diretrizes clínicas nacionais para o tratamento desta patologia, incluindo a implantação de Unidades de AVC como integrantes da Rede de Urgência e Emergência (Portaria Ministério da saúde 2012)<sup>(30,32)</sup>.

As unidades de AVC (UAVC) caracterizam-se como a área geograficamente definida dentro de um hospital destinada ao acolhimento, diagnóstico e tratamento de pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico na fase aguda. Esta deve contar com uma equipe multidisciplinar treinada para prestar atendimento com base em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas<sup>(32)</sup>. Nas primeiras 24 horas os cuidados envolvem principalmente o tratamento trombolítico e estabilização do quadro clínico. Em seguida, mantêm-se os cuidados clínicos e são realizados exames para identificação do diagnóstico etiológico do AVC com objetivo de direcionar a prevenção de novos eventos<sup>(32)</sup>. O tempo de internação nas Unidades de AVC varia entre uma e duas semanas e, ao final deste período, os pacientes são encaminhados para continuar o tratamento ambulatoriamente<sup>(31)</sup>.

Dentre os cuidados oferecidos nas Unidades de AVC, destaca-se o tratamento trombolítico e a reabilitação precoce<sup>(31)</sup>. Este tratamento consiste em desobstruir a artéria envolvida antes que haja uma lesão tecidual irreversível, reestabelecendo o fluxo na área conhecida como penumbra isquêmica<sup>(33)</sup>. Em uma revisão sistemática indicou que a trombólise pode ser eficaz em diminuir o nível de gravidade neurológica e reduzir incapacidades funcionais e mortalidade de indivíduos com AVC isquêmico agudos<sup>(34)</sup>.

### **3.2 Impacto do AVC na participação social**

Avanços no tratamento específico do AVC têm proporcionado melhores resultados funcionais para os sobreviventes. Alguns estudos apontam o isolamento social, participação social restrita e dificuldade na reintegração dos sobreviventes na comunidade como problemas relacionados à vida após AVC<sup>(35-37)</sup>. Apesar da participação social já ter sido identificada como um preditor de satisfação com a vida após AVC<sup>(37)</sup>, ainda são escassas as informações sobre preditores de participação após AVC, bem como sobre a transição desses sobreviventes para a vida em comunidade.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o termo participação refere-se ao envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real e restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida. A participação está intimamente relacionada ao papel social que esses indivíduos desempenham na sociedade, seja de forma ativa ou passiva, e vai além da execução de uma atividade pura e simples<sup>(6,8)</sup>. Dessa maneira, a CIF propõe uma visão da saúde dentro de uma perspectiva mais ampla, a de um modelo biopsicossocial, que contempla os domínios de saúde (função e estrutura do corpo) e os domínios relacionados à saúde (atividade e participação) considerando que esses domínios não só se relacionam com os fatores ambientais como sofrem influência dos mesmos. A CIF relativiza a doença, trauma ou outro problema de saúde, na medida em que considera que a incapacidade causada por esse dano não é atributo de um indivíduo, mas, resultado de um conjunto complexo de condições, muitas vezes criados pelo contexto social<sup>(39)</sup>.

Esses aspectos descritos pela CIF corroboram com dados apresentados em estudos recentes que apontam que os sobreviventes de AVC costumam sofrer restrições na participação apesar de serem independentes nas atividades de vida diária (AVD)<sup>(36,37)</sup>. Um estudo que teve como objetivo avaliar as diferenças nas restrições de participação entre sobreviventes de AVC com idades inferiores há 70 anos, identificou que após um ano muitos sobreviventes sofriam restrições para itens referentes à mobilidade, como limpeza (53,7%), exercício físico (55,9%) e atividades ao ar livre (51,6%) e relativamente menos sobreviventes experimentavam restrições em itens sociais como: visita de amigos e familiares (22%), relação de parceiro (35,1%) e lazer em ambientes fechados (29,8%)<sup>(36)</sup>.

A capacidade e desempenho funcional estão relacionados ao componente atividade e participação da CIF e são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores pessoais e ambientais. Também de acordo com esta classificação, o termo capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação, identificando o nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento, num ambiente uniforme ou padrão. Enquanto o desempenho descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente rotineiramente e avaliando-o em situações de vida cotidiana<sup>(39)</sup>.

Algumas ferramentas já traduzidas e validadas para a população após AVC no Brasil medem os aspectos importantes da saúde no que refere ao impacto da doença contemplando os componentes individuais e sociais, como o proposto pelo modelo da CIF. Nesta perspectiva, destaca-se o Índice de Barthel Modificado (IBM)<sup>(40)</sup> e o Índice de Atividade Frenchay (FAI)<sup>(41)</sup> e o Timed Up and Go (TUG)<sup>(42)</sup>. Entre vários instrumentos que fornece informações sobre as AVD e que medem a capacidade funcional, o índice de Barthel modificado (IBM)<sup>(40,43,44)</sup> é considerado uma ferramenta simples, amplamente utilizada na população de AVC, este fornece informações exatas e acuradas sobre as atividades básicas de vida diária, incluindo mobilidade<sup>(44)</sup>. Vários estudos atestam sua sensibilidade e aplicabilidade prática<sup>(45-48)</sup>. Outro instrumento é Índice de atividades de Frenchay (FAI),<sup>(41,49,50)</sup> usado para avaliar o nível de atividades instrumentais, contém 15 itens, contempla três domínios que abordam tarefas domésticas, lazer/trabalho e atividades ao ar livre, que por observar o indivíduo em aspectos da vida cotidiana vem sendo usada também nos estudos como instrumento capaz de medir também o desempenho funcional.

A mobilidade é também outro aspecto relevante para o desempenho funcional, definida pela Organização Mundial de Saúde como "a capacidade do indivíduo se movimentar de forma efetiva em seus arredores" <sup>(52)</sup>, sendo vital para realização das atividades de vida diária<sup>(52)</sup>. Um instrumento utilizado para avaliar a mobilidade funcional é o *Timed Up and Go Test* (TUG)<sup>(51)</sup>. O TUG é uma medida objetiva, rápida, requer poucos equipamentos e é de fácil execução em uma variedade de ambientes. Tem como objetivo avaliar o equilíbrio sentado, transferência de sentado para a posição de pé, estabilidade na deambulação, além da mudança do curso da marcha<sup>(42,53)</sup>. Como já demonstrado na população idosa e em indivíduos após AVC<sup>(42,53,54)</sup>, é uma medida sensível e específica para avaliar a mobilidade funcional e para identificar moradores na comunidade com risco de cair.

### **3.3 Preditores de integração na comunidade após AVC**

A revisão da literatura vem identificando alguns preditores agudos e crônicos da integração social após AVC. Nesses estudos, fatores como maior idade, o comprometimento motor e a depressão demonstraram uma associação negativa para a reintegração na comunidade<sup>(36,55)</sup>. Em outro estudo, além da maior idade, a gravidade do AVC, o número de comorbidades, impactou de forma negativa para reintegração na comunidade, enquanto apoio incidiu de forma positiva para participação<sup>(38)</sup>.

Problemas cognitivos relacionados à função executiva que dizem respeito à capacidade do indivíduo em organizar pensamento, atividades priorizando tarefas, tomar decisão entre outras funções, bem como problemas de memória, percepção visual, problemas com a linguagem, como na afasia, foram também descritos como aspectos que restringem o reengajamento do indivíduo na sua participação social<sup>(56,57)</sup>.

Na perspectiva da CIF, os fatores ambientais são descritos como o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas<sup>(8)</sup>. Esses fatores vêm sendo relatados nos estudos, não como preditores, mas destacados como facilitador ou barreira para participação social<sup>(58)</sup>. Dessa maneira, fatores ambientais podem interferir positivamente ou negativamente no reengajamento social dos sobreviventes com AVC<sup>(59)</sup>. Estudos sugerem que equipamento pessoal adaptado, ambientes acessíveis, transporte de alta qualidade, serviços, viver em áreas rurais, ter oportunidades educativas, dinheiro, acesso a informação e apoio social como facilitadores para o reengajamento<sup>(4,7,60)</sup>, bem como descrevem atitudes e comportamentos negativos, longas distâncias, condições ambientais inconvenientes como barreiras para o retorno a participação social<sup>(4)</sup>.

Alguns estudos pesquisaram a integração na comunidade em indivíduos afásicos após AVC<sup>(56,57)</sup>, um avaliou a relação entre integração da comunidade e qualidade de vida<sup>(57)</sup> e verificou que a depressão estava altamente associada a redução da integração da comunidade e da QV; e outro que teve como objetivo descrever a participação social de pessoas com afasia<sup>(56)</sup>, encontrou que a integração reduzida na comunidade no grupo de afasia, estava intimamente relacionada com a mobilidade, desempenho de linguagem e nas AVD, sofrimento emocional e fatores socioeconômicos<sup>(56)</sup>. Ambos utilizaram o Questionário de Integração da Comunidade (CIQ), uma ferramenta simples e confiável que avalia os níveis de integração de um indivíduo na vida doméstica, na atividade social e atividade produtiva<sup>(61)</sup>.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho e população do estudo**

Trata-se de uma coorte prospectiva, desenvolvida como parte do estudo-mãe intitulado “*Caracterização clínica, funcional e sociodemográfica dos pacientes atendidos em uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral*”. Para essa etapa da coorte foram incluídos os indivíduos após AVC, provenientes da Unidade de AVC do Hospital Geral Roberto Santos (UAVC-HGRS), com idade superior a 18 anos e residentes na cidade de Salvador-Ba.

Os indivíduos ou responsáveis foram contatados por telefone para uma triagem e posterior agendamento de uma visita domiciliar, tendo sido excluídos aqueles pacientes que durante a triagem por telefone foi referido óbito, apresentaram um novo episódio de AVC após alta da UAVC, apresentaram comorbidades que comprometeram a funcionalidade ou que eram incapazes de compreender as instruções dos testes.

### **4.2 Coleta de dados**

A coleta de dados basais no estudo-mãe foi realizada na UAVC de janeiro de 2015 a abril de 2016 por pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa. No presente estudo, para a realização desta etapa específica da coleta foram confeccionados cronogramas de visitas no domicílio por Distritos Sanitários<sup>(62)</sup>, de modo a otimizar as saídas programadas. As entrevistas foram então agendadas por telefone e uma vez por semana os pesquisadores se deslocavam para as visitas nos domicílios. Foi solicitada a participação do Departamento de Ciências da Vida I, da Universidade do Estado da Bahia, no sentido de fornecer um dos veículos da instituição, devidamente identificado com logomarca própria e da UNEB, além de um motorista que acompanhou toda esta etapa do estudo. A coleta para esta etapa da coorte aconteceu entre setembro de 2016 e maio de 2018 e além da pesquisadora responsável, envolveu um pesquisador fisioterapeuta e um fonoaudiólogo especializados em neuroreabilitação e estudantes de iniciação científica previamente treinados.

### 4.3 Cálculo amostral

O número amostral foi calculado com base nas 12 variáveis mais comumente citadas na literatura e relacionadas ao desfecho participação social de indivíduos após AVC, sendo estas a idade, o sexo, a renda familiar, o grau de escolaridade, o estado civil, os hábitos de vida prévios, a gravidade do AVC, a ocorrência de AVC prévio, o número de comorbidades, o tratamento tromboembólico e o tempo de internação na unidade. Considerou-se, assim, 10 indivíduos para cada variável, totalizando 120 indivíduos<sup>(63)</sup>.

### 4.4 Instrumentos de Coleta e definição das variáveis

As informações relativas às características sociodemográficas, aos hábitos de vida, clínicas e funcional foram compiladas do banco do estudo-mãe, através de um instrumento confeccionado pelas autoras do estudo. (**Apêndice 1**) Ademais, escalas foram selecionadas para avaliação da capacidade funcional, nível de atividade instrumental, mobilidade funcional e a integração na comunidade na etapa realizada no domicílio.

Variáveis compiladas do estudo-mãe, coletadas na UAVC:

No que se refere às variáveis sociodemográficas, foi incluído a idade em anos completos e sexo. A cor da pele foi auto referida e classificada de acordo com o IBGE, mas para fins de análise foi colapsada em branca ou não branca. Já a situação conjugal foi avaliada considerando a existência ou ausência de vida conjugal. A escolaridade foi definida de acordo com os anos de estudo. A renda familiar foi categorizada salários mínimos, que à época da coleta variou de R\$ 880,00 a R\$ 937,00. O tabagismo e etilismo foram os hábitos de vida registrados.

A gravidade do AVC foi mensurada através da *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)* <sup>(64,65)</sup> durante a internação na UAVC, a qual oferece uma avaliação quantitativa do grau de incapacidade neurológica, através da avaliação do nível de consciência, da linguagem, da negligência, da perda do campo visual, dos movimentos extraoculares, da força muscular, da ataxia, da disartria e da perda sensorial. Quanto maior o escore, mais grave o AVC, variando de 0 a 42<sup>(65)</sup>. (**Anexo I**)

O tempo de internação foi definido de acordo com o número de dias em que o paciente ficou internado na UAVC e as características clínicas do AVC foram descritas de acordo com território vascular da lesão em circulação anterior ou posterior. As comorbidades foram categorizadas em Hipertensão arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Hipercolesterolemia, Fibrilação atrial (FA) e outras cardiopatias.

O Índice de Barthel Modificado (IBM)<sup>(40,43,44)</sup>, foi utilizado neste estudo para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. Consiste numa escala de 11 itens que fornece informações sobre as atividades de vida diária, como: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro e banho, continência dos esfíncteres anal e vesical, transferência cama- cadeira, subir escadas, deambulação e manuseio da cadeira de rodas. Classifica os indivíduos em dependência total (10 pontos ou menos), dependência severa (11 a 30 pontos), dependência moderada (31 a 45 pontos), ligeira dependência (46 a 49 pontos) e independência total (50 pontos). Além da avaliação após a alta hospitalar foi novamente aplicado no domicílio. **(Anexo II)**

O Índice de Atividade Frenchay (FAI)<sup>(41,49,50)</sup> mensurado no domicílio, foi usada neste estudo para a avaliar do nível de atividades instrumentais. O FAI consiste em uma escala de 15 itens que avalia a frequência de realização de atividades domésticas, trabalho, lazer e atividades ao ar livre realizada pelo paciente no passado recente (nos último três ou seis meses). Sua pontuação varia de 0 (inativo) a 45 (muito ativo) e os indivíduos podem ser classificados em inativos (0 a 15 pontos), moderadamente ativos (16 a 30 pontos) e muito ativos (31 a 35 pontos) **(Anexo III)**.

O Timed Up & Go (TUG), verificado no domicílio é um instrumento que avalia a mobilidade funcional. Quantifica o tempo em segundos que o indivíduo leva para levantar de uma cadeira padronizada, caminhar 3 metros, retornar e sentar. O indivíduo é instruído a caminhar na sua marcha habitual, com ou sem o uso de órteses<sup>(42)</sup>. O ponto de corte para essa população é de  $\geq$  de 14 seg representa a mobilidade funcional comprometida<sup>(53)</sup>.

O Questionário de Integração na Comunidade (CIQ)<sup>(61)</sup>, aplicado no domicílio é um instrumento para avaliar os níveis de integração do indivíduo em casa e na comunidade. Divididos em três domínios: Integração no ambiente doméstico; Integração no ambiente social e Integração no ambiente do trabalho, escola e atividades voluntárias. Consiste em 15

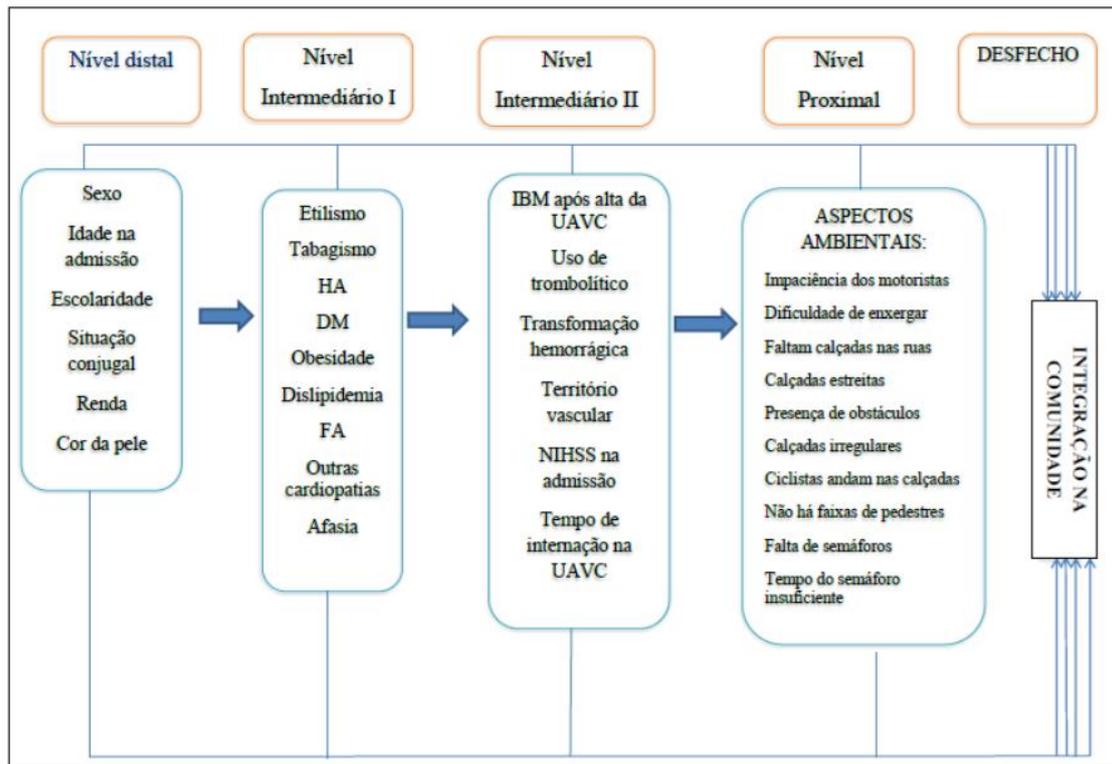
questões, onde maioria dos itens é pontuada em uma escala de 0 a 2, com 2 representando maior independência e integração. A pontuação total varia de 0 a 29, sendo uma pontuação maior indicativa de maior integração (**Anexo IV**).

Questionário de Acessibilidade, aplicado no domicílio, foi desenvolvido pelas autoras considerando as normas da ABNT<sup>(67)</sup> inclui aspectos relacionados ao ambiente físico e social em que vive um indivíduo. Consiste em 15 questões que investigam a participação do indivíduo quanto à independência e/ou autonomia para locomoção, acesso a serviços (saúde, comércio e lazer), suporte social e barreiras arquitetônicas (**Apêndice II**).

#### **4.5 Plano de Análise Estatística**

Para a análise de dados foi criado um banco de dados no Microsoft Excel for Windows e as análises foram conduzidas no pacote estatístico SPSS (V.17.0), onde foram realizadas correções e eliminações de inconsistências. Foi realizada uma análise descritiva com o objetivo de identificar as características gerais e específicas da população estudada e após a avaliação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, as variáveis numéricas foram apresentadas em média e desvio padrão ou em mediana e intervalo interquartis e as variáveis categóricas foram apresentadas em termos absolutos e/ou frequência relativa.

A análise multivariada foi conduzida a partir de um modelo teórico definido *a priori*, no programa STATA (V.12.0) discriminando os fatores associados em blocos hierarquizados (Figura 1), respeitando-se a hierarquia existente entre os níveis de determinação da integração na comunidade. Como a variável desfecho, integração na comunidade, apresentou distribuição não normal, foi utilizado o modelo de regressão linear robusta. A magnitude da associação foi estimada pelo cálculo dos coeficientes da regressão, adotando-se o Intervalo de Confiança a 95% (IC95%). A estratégia utilizada para a entrada dos blocos de variáveis foi do tipo forward (processo anterógrado), através do módulo em passos: primeiro bloco (nível distal) – variáveis sociodemográficas; segundo bloco (nível intermediário I) – variáveis clínicas e relacionadas a hábitos de vida; terceiro bloco (nível intermediário II) – clínicas relacionadas ao AVC; quarto bloco (nível proximal) – variáveis relativas a aspectos ambientais). Permaneceram no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um  $p$  valor  $< 0,20$ . Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05.



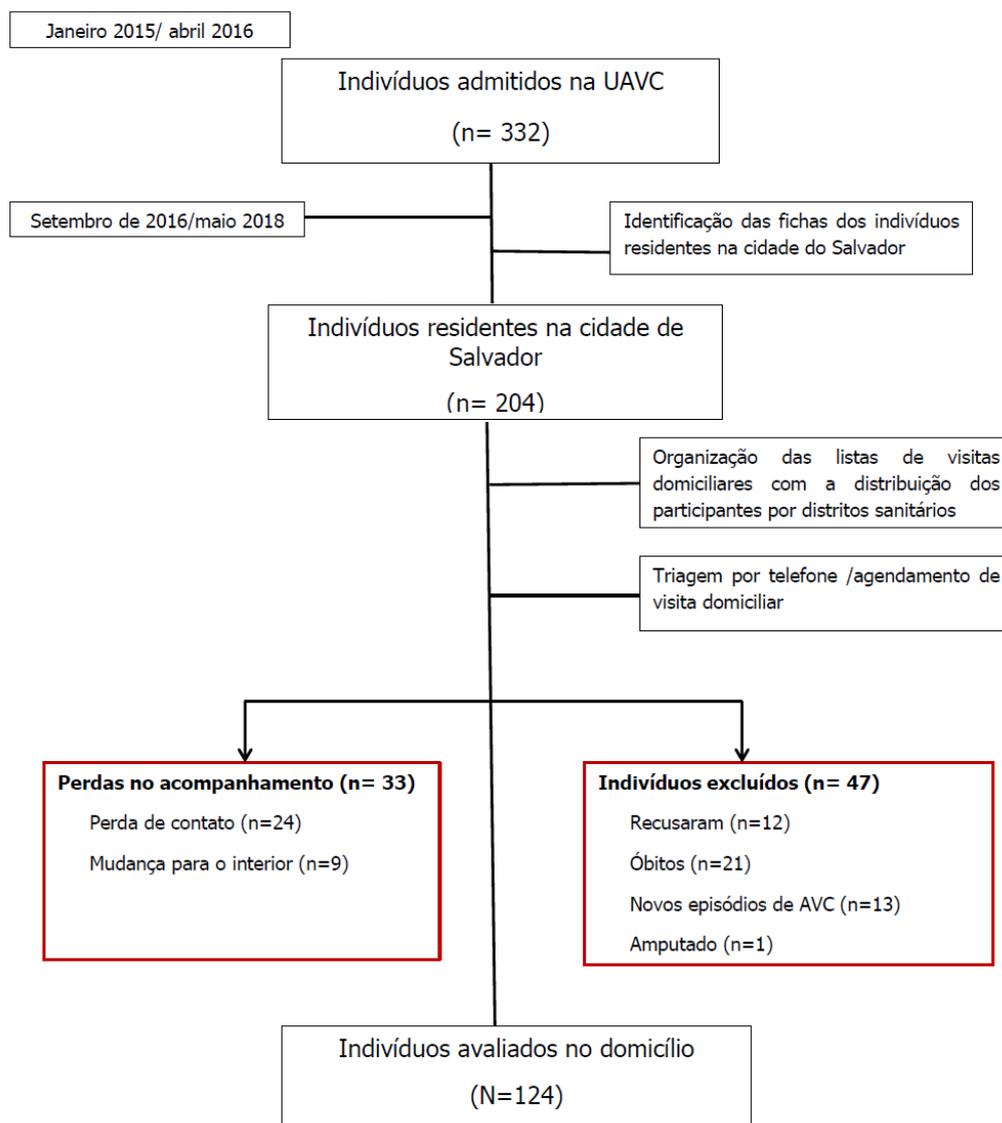
**Figura 1** - Modelo de ajustes com relação à hierarquia entre as variáveis determinantes para integração na comunidade, Salvador, Bahia, 2015-2018.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado “Características Sociodemográficas, clínicas e funcionais de pacientes de uma Unidade de AVC” e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) sob o número do CAAE: 26412814.3.0000.5544. Segundo a Resolução 466/12 de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os participantes ou familiares responsáveis, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice III**)

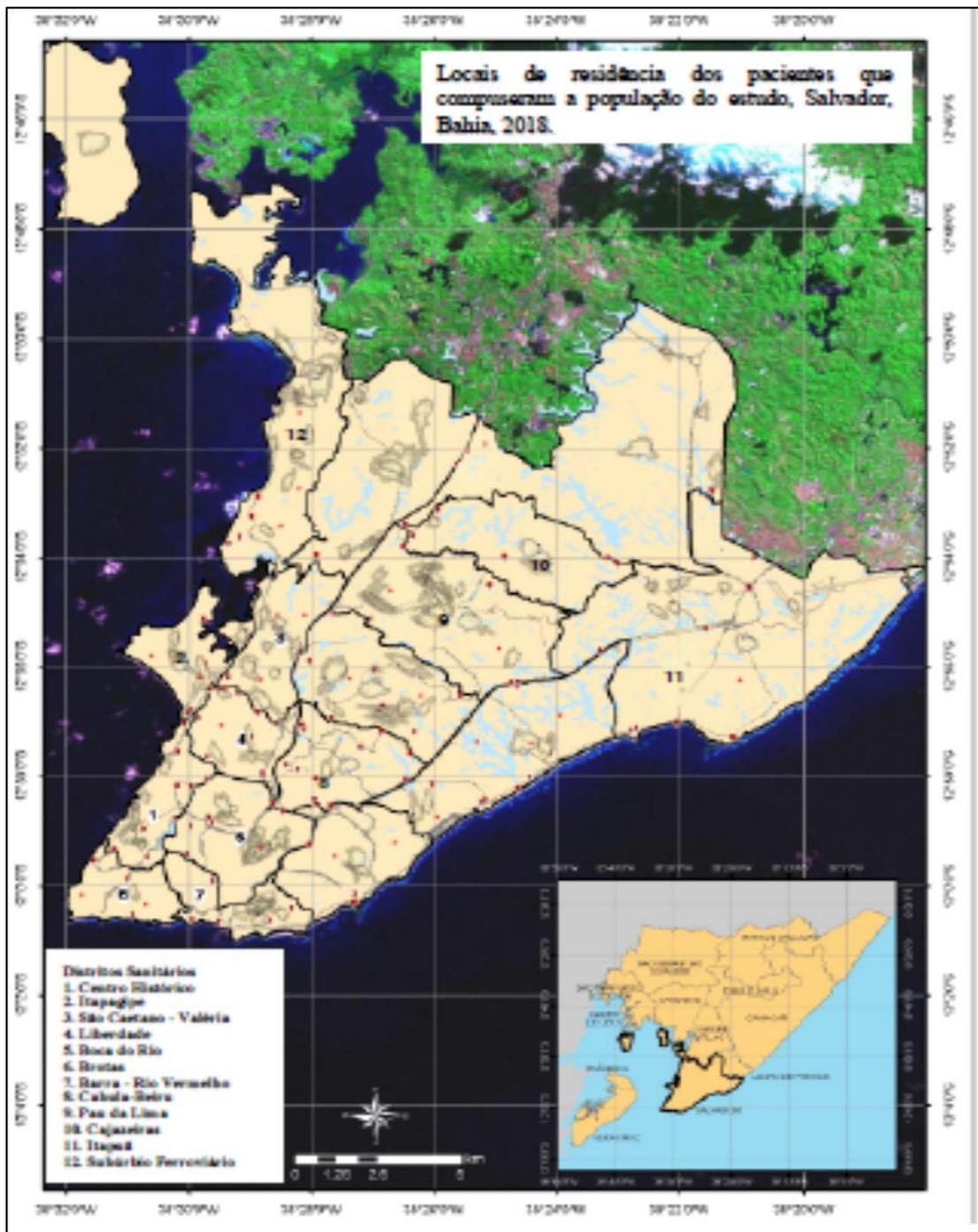
## 5 RESULTADOS

Foram identificados 332 pacientes avaliados na UAVC de janeiro de 2015 a junho de 2016. Para o presente estudo, no seguimento domiciliar, foram identificados 204 indivíduos residentes em Salvador-Ba que foram contatados de setembro de 2016 a maio de 2018. Desses 124 (60,78%) indivíduos permaneceram elegíveis para análise no estudo. As razões para perdas ou não inclusão estão descritas no fluxograma apresentado na figura (Figura 2).



**Figura 2** - Fluxograma com os passos relativos às etapas do recrutamento durante a coorte

A figura abaixo representa o mapa da cidade de Salvador e demonstra toda área percorrida durante a pesquisa podendo se observar que a população esteve estudada distribuída pelos 12 distritos sanitários de Salvador - BA. São eles: Centro histórico, Itapagipe, São caetano/Vália, Liberdade, Boca do Rio, Ribeira, Barra/ Rio Vermelho, Cabula/Beiru, Pau da lima, Cajazeiras, Itapuã e Subúrbio Ferroviário (Figura 3).



**Figura 3** - Mapa dos locais de residência dos pacientes que compuseram a população do estudo, distribuídos nos distritos sanitários de Salvador, Bahia.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos 124 indivíduos após AVC. A população era composta de 51,6% de indivíduos do sexo feminino, com a mediana da idade de 63 anos (intervalo de 53-68 anos), destes, 82,3% referiram cor de pele não branca, 53,2% viviam com companheiro, apresentavam uma mediana de 6 anos de estudo (intervalo 4-12 anos) e renda familiar de 2 (dois) salários mínimos. Além disso, apresentaram como hábitos e vida prévios mais frequentes o etilismo (25,8%) e tabagismo (18,5%).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e relativas a hábitos de vida prévios de 124 indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2015-2018.

Variáveis	
<b>Variáveis sociodemográficas</b>	
Idade, mediana (IQ)	63 (53-68)
Sexo feminino, n (%)	64 (51,6)
Cor da pele não branca, n (%)	102 (82,3)
Escolaridade em anos, mediana (IQ)	6 (4-12)
Renda familiar (nº de salários), mediana (IQ)	2 (1-2)
Com vida conjugal, n (%)	66 (53,2)
<b>Hábitos de vida prévios</b>	
Etilismo, n (%)	32 (25,8)
Tabagismo, n (%)	23 (18,5)

Na Tabela 2, foi descrito o perfil clínico e funcional dos indivíduos após AVC residentes na comunidade de acordo com os domínios propostos pela CIF. No que diz respeito a Funções e Estruturas do Corpo, quando admitidos na UAVC, 16,9% dos indivíduos apresentaram comprometimento da circulação posterior, 8,9% evoluíram com transformação hemorrágica, 28,2% receberam tratamento tromboembólico, 22,6% destes participantes referiram história prévia de AVC e 32,3% dessa população foram identificados como afásicos. O tempo de internação teve uma variação de 4 a 10 dias, com a mediana de seis dias e a gravidade do AVC medida pelo NIHSS teve a mediana de 7 (intervalo de 4-12), o que corresponde há uma gravidade moderada do AVC. Entre as comorbidades, a hipertensão arterial (96%), diabetes mellitus (33,1%) e outras cardiopatias (24,2%) destacaram-se como as mais prevalentes nesta

população. O tempo de AVC no momento da avaliação no domicílio apresentou uma média de 20 meses ( $\pm 7$ ).

No que tange ao domínio da CIF que avalia a Atividade, incluindo aspectos relacionados à capacidade e desempenho funcional e as limitações às quais os indivíduos estiveram envolvidos, verificou-se que o nível de atividades básicas de vida diária medida pelo IBM foi de 47 (intervalo de 12-50) na alta da UAVC e na avaliação no seguimento o IBM foi de 48 (intervalo 41-50), apesar da variação nos intervalos encontrados após alta e no seguimento, em ambos os momentos essa população foi classificada como ligeiramente dependente. Quanto ao desempenho nas atividades instrumentais avaliados pela FAI, a mediana foi de 16 (intervalo 6.0-23.8), representando uma população moderadamente ativa. Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito ao resultado do TUG nos indivíduos que apresentavam marcha, nestes a mediana do tempo de 15 segundos (intervalo 12-88 segundos), demonstra uma mobilidade funcional comprometida.

Considerando o domínio Participação, o valor da CIQ com uma mediana de 9 (intervalo de 5-12), representa uma redução no nível de integração na comunidade. Importante destacar que no domínio da CIQ relativo a Ambiente do trabalho e da escola, nenhum indivíduo teve pontuação.

Quanto as Barreira e Facilitadores, dos nove itens referentes ao contexto ambiental, 4 deles estavam relacionados a problemas com o calçamento das ruas: as calçadas irregulares (65,7%), presença de obstáculo nas calçadas (63%), impaciência do motorista de ônibus (55,9%), calçadas estreitas (54,8%), o tempo insuficiente do semáforo (54,4%) e a falta de calçadas nas ruas (47,9%). Dentre os aspectos pessoais, em sua maioria estavam relacionados a rede social de apoio: viver com companheiro (53,2%), a visita de amigos e familiares (54,3%) e sai sozinho (53,2%).

**Tabela 2** - Perfil clínico e funcional dos indivíduos após AVC residentes na comunidade na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Salvador, Bahia, 2015-2018.

Variáveis	n = 124
<b>Funções e Estrutura do Corpo /deficiências</b>	
<b>Dados coletados na UAVC</b>	
Gravidade do AVC (NIHSS), mediana (IQ)	7 (4-12)
Tempo de internação na UAVC em dias, mediana (IQ)	6 (4-10)
AVC circulação posterior, n (%)	21 (16,9)
Transformação hemorrágica, n (%)	11 (8,9)
Tratamento trombolítico, n (%)	35 (28,2)
Tempo AVC em meses, média (DP)	20,1 (7,0)
AVC prévio, n (%)	28 (22,6)
Afasia no momento da admissão na UAVC, n (%)	40 (32,3)
<b>Comorbidades</b>	
Hipertensão arterial sistêmica, n (%)	96 (77,4)
Diabetes mellitus, n (%)	41 (33,1)
Obesidade, n (%)	19 (15,3)
Hipercolesterolemia, n (%)	9 (7,3)
Fibrilação atrial, n (%)	9 (7,3)
Outras cardiopatias, n (%)	30 (24,2)
<b>Atividade (Capacidade/Desempenho)</b>	
<b>Dados coletados na UAVC</b>	
Nível de atividades básicas de vida diária (IBM), mediana (IQ) após a alta da UAVC	47 (12-50)
<b>Dados coletados no seguimento</b>	
Nível de atividades básicas de vida diária (IBM), mediana (IQ)	48 (41-50)
Nível de atividades instrumentais (FAI), mediana (IQ)	16 (6,0- 26,8)
Mobilidade funcional (TUG), mediana (IQ) (dados ausentes =65)	15 (12-88)
Participação (Restrição)	
<b>Dados coletados no seguimento</b>	
Integração na Comunidade TOTAL (CIQ), mediana (IQ)	9 (5-12)
CIQ: Ambiente doméstico, mediana (IQ)	2 (0-4)
CIQ: Ambiente social, mediana (IQ)	6 (5-8)
CIQ: Ambiente do trabalho e da escola, mediana (IQ)	0 (0-0)
<b>Barreiras e Facilitadores</b>	
<b>Dados coletados no seguimento</b>	
<b>Aspectos pessoais</b>	
Situação conjugal, (Com companheiro) n(%)	66 (53,2)
Sai sozinho, n(%)	66 (53,2)
Visita amigos, n(%)	57 (54,3)
Faz Fisioterapia n(%)	28 (22,58)
Faz Fonoaudiologia n(%)	9 (7,25)

**Tabela 2** - Perfil clínico e funcional dos indivíduos após AVC residentes na comunidade na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Salvador, Bahia, 2015-2018. (Continuação)

Variáveis	n = 124
<b>Aspectos ambientais</b>	
Impaciência dos motoristas de ônibus, n(%)	38 (55,9)
Falta calçada nas ruas, n(%)	35 (47,9)
Calçadas estreitas, n(%)	40 (54,8)
Obstáculos nas calçadas, n(%)	46 (63,0)
Calçadas irregulares, n(%)	44 (65,7)
Presença de ciclistas nas calçadas, n(%)	23 (31,5)
Ausência de faixa de pedestres nas ruas, n(%)	29 (43,9)
Ausência de semáforos, n(%)	25 (36,8)
Tempo do semáforo insuficiente, n(%)	37 (54,4)

<sup>a</sup>Dados de 59 informantes/<sup>b</sup>Dados de 42 informantes

Em seguida as variáveis foram dispostas em um modelo hierarquizado de acordo com a Figura 1. Neste modelo as variáveis não significativas foram suprimidas e eram repetidas apenas aquelas variáveis significativas relacionadas ao desfecho integração na comunidade. Na primeira etapa da análise de regressão robusta, identificou-se que a renda e a idade da admissão atenderam aos critérios estabelecidos para permanecerem no modelo. Houve associação estatisticamente significativa entre a idade da admissão e a CIQ, mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas. Constatou-se que a cada cinco anos de aumento da idade de admissão houve uma redução média de 0,491 no escore da CIQ. Por outro lado, identificou-se que houve aumento, em média, no escore da CIQ em relação ao aumento da escolaridade (0,012), renda (0,553) e para indivíduos com cor da pele branca (0,726) e indivíduos do sexo feminino (0,951), porém sem significância estatística.

Na segunda etapa da análise de regressão robusta, o bloco da variável clínica pregressa e hábitos de vida foram ajustadas por idade da admissão e renda selecionadas na etapa anterior. Associaram-se significativamente à CIQ tabagismo ( $p=0,008$ ) e Diabetes Mellitus (DM) ( $p=0,020$ ), mesmo após ajuste por variáveis potencialmente confundidoras. Constatou-se que os fumantes, em média, apresentaram uma redução do escore da CIQ de -3,047 quando comparados aos não fumantes. Os indivíduos que cursavam com DM também apresentaram

uma redução de -2,189 no escore da CIQ. De modo distinto, quando os indivíduos apresentavam diagnóstico de Hipertensão e etilismo, em média, houve aumento do escore da CIQ, respectivamente 1,182 e 1,427.

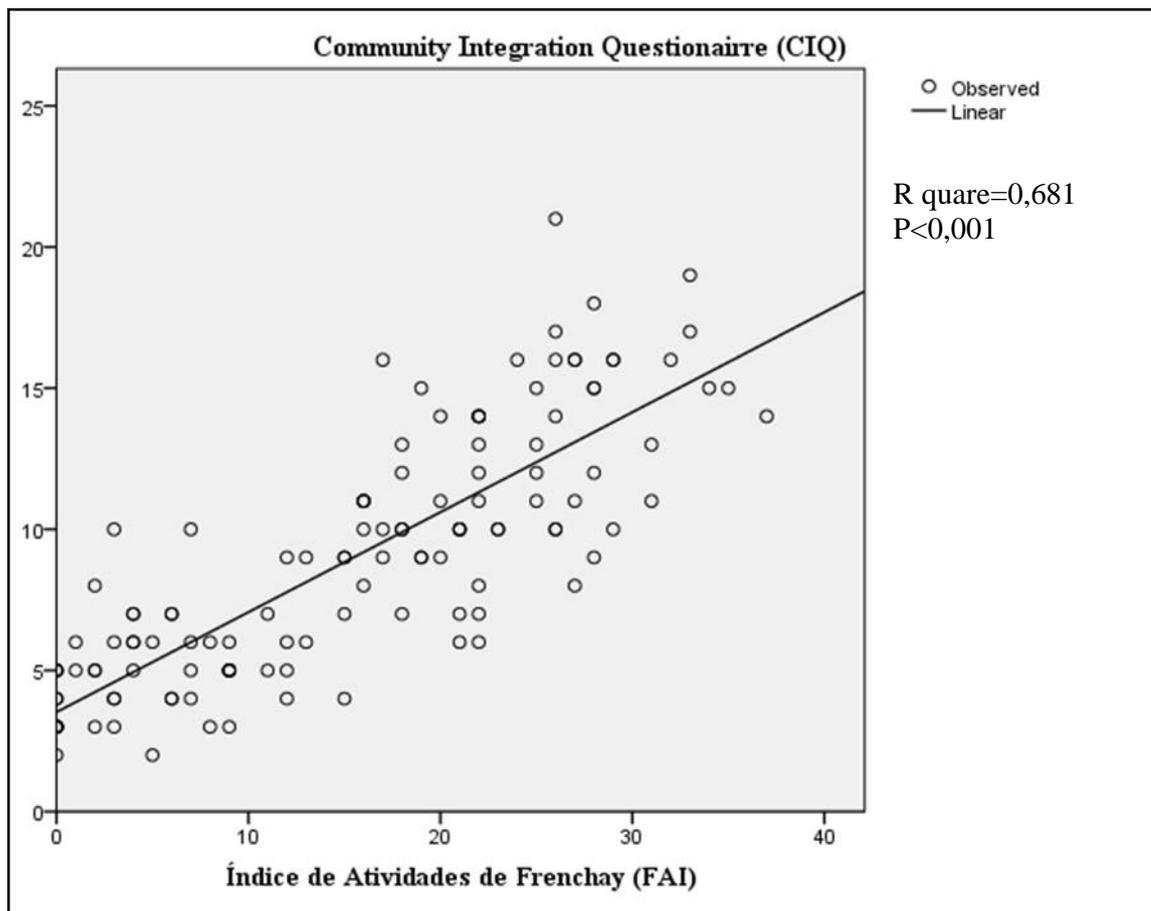
Na terceira etapa da análise de regressão robusta, após ajuste por variáveis sociodemográficas, clínica pregressa e relativa a hábitos de vida selecionadas nas etapas anteriores identificou-se que o Índice de Barthel Modificado mensurado após alta mostrou associado significativamente ( $p < 0,001$ ) com a CIQ, de modo que a cada aumento no IBM houve um incremento, em média, de 0,181 no escore da CIQ. Ressalta-se que o aumento no tempo de internamento a cada três dias reduzia, em média, o escore da CIQ em -0,15, porém sem significância estatística. Na última etapa da análise da regressão, após ajuste pelas variáveis selecionadas nas etapas anteriores e pelas variáveis do bloco aspectos ambientais, verificou-se que não houve associação estatisticamente significante entre as variáveis do último bloco e o escore da CIQ. Ressalta-se, porém que as variáveis relativas aos aspectos ambientais cujas condições se configuravam como barreiras, em média, reduziram o valor do escore da CIQ: impaciência dos motoristas para embarcar e desembarcar do veículo (-0,699), dificuldade de enxergar (-0,949), calçadas estreitas no entorno da moradia (-0,349), a falta de faixa de pedestres na rua (-1,195), tempo do semáforo insuficiente (-0,416) e calçadas irregulares (-1,079), todavia, sem significância estatística.

**Tabela 3** - Coeficientes da regressão robusta hierarquizada por blocos com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% e valor de p da associação entre a integração na comunidade (CIQ) e variáveis sociodemográficas, clínicas, relativas aos hábitos de vida e a participação social de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018.

Variáveis	Integração na Comunidade		Valor de p
	Coeficiente da Regressão Robusta bruta e IC95%	Coeficiente da Regressão Robusta ajustada e IC95%	
<b>Nível distal: Variáveis sociodemográficas<sup>1</sup></b>			
Sexo (feminino)	1,074 (-0,626 – 2,775)	0,951 (-0,832 – 2,734)	0,293
Idade na admissão (contínua)	-0,533 (-0,868 – -0,868)	-0,491 (-0,857 – -0,125)	<b>0,009</b>
Escolaridade (maior que 8 anos)	0,123 (-0,064 – 0,311)	0,012 (-0,193 – 0,219)	0,902
Situação Conjugal (sem companheiro)	-0,020 (-1,669 – 1,628)	-0,360 (-2,163 – 1,442)	0,693
Renda (menor que R\$ 937,00)	0,444 (-0,108 – 0,998)	0,553 (-0,031 – 1,183)	0,063
Cor da pele (branca)	0,751 (-1,428 – 2,931)	0,726 (-1,598 – 3,052)	0,537
<b>Nível intermediário I: Variáveis clínicas progressas e relativas a hábitos de vida<sup>2</sup></b>			
Etilismo (Sim)	0,814 (-1,122 – 2,751)	1,427 (-0,163 – 3,469)	0,168
Tabagismo (Sim)	-2,618 (-4,753 – -0,483)	-3,047 (-5,275 – -0,819)	<b>0,008</b>
Hipertensão Arterial (Sim)	-0,258 (-2,40 – 1,723)	1,182 (-1,011 – 3,377)	0,288
Diabetes Mellitus (Sim)	-2,497 (-4,198 – -0,795)	-2,189 (-4,030 – -0,348)	<b>0,020</b>
Obesidade (Sim)	0,442 (-1,865 – 2,749)	0,222 (-2,201 – 2,645)	0,856
Dislipidemia (Sim)	-0,646 (-3,822 – 2,529)	-0,059 (-3,273 – 3, 154)	0,971
Fibrilação Atrial (Sim)	-1,256 (-4,491 – 1,977)	-0,585 (-3,847 – 2,676)	0,723
Outra cardiopatia (Sim)	1,859 (-0,083 – 3,802)	1,220 (-0,787 – 3,228)	0,231
Afasia (Sim)	-1,447 (-3,214 – 0,319)	-1,035 (-2,849 – 0,778)	0,260
<b>Nível Intermediário II: Variáveis clínicas relacionadas ao AVC<sup>3</sup></b>			
Índice de Barthel imediatamente após alta (contínua)	0,239 (0,174 – 0,305)	0,181 (0,107 – 0,255)	<b>&lt;0,001</b>
Uso de trombolítico (Sim)	1,173 (-0,681 – 3,029)	0,138 (-1,628 – 1,905)	0,877
Transformação hemorrágica (Sim)	-1,991 (-4,984 – 1,002)	-1,360 (-3,768 – 1,046)	0,265
Território vascular (Circulação posterior)	0,483 (-0,632 – 1,600)	-0,023 (-0,925 – 0,879)	0,960
Gravidade na admissão (NIHSS)	-0,260 (-0,399 – -0,122)	-0,089 (-0,235 – 0,055)	0,222
Tempo de internação UAVC (contínua)	-1,116 (-1,909 – -0,323)	-0,15 (-0,29 – -0,00)	0,080
<b>Nível proximal: Variáveis relativas à aspectos ambientais<sup>4</sup></b>			
Impaciência dos motoristas de ônibus (Sim)	-0,961 (-2,571 – 0,648)	-0,699 (-3,440 – 2,041)	0,608
Dificuldade de enxergar (Sim)	0,498 (-1,134 – 2,131)	-0,949 (-3,658 – 1,760)	0,482
Presença de obstáculos nas calçadas (Sim)	-2,143 (-4,104 – -0,181)	0,504 (-2,481 – 3,489)	0,734
Calçadas estreitas (Sim)	-1,214 (-3,156 – 0,726)	-0,349 (-2,544 – 1,844)	0,748
Calçadas irregulares (Sim)	-1,604 (-3,251 – 3,035)	-1,079 (-3,846 – 1,686)	0,434
Não há faixas de pedestres nas ruas (Sim)	-0,238 (-1,880 – 1,402)	-1,195 (-1,582 – 3,973)	0,389
Tempo do semáforo é insuficiente (Sim)	0,072 (-1,568 – 1,712)	-0,416 (-2,855 – 3,689)	0,798

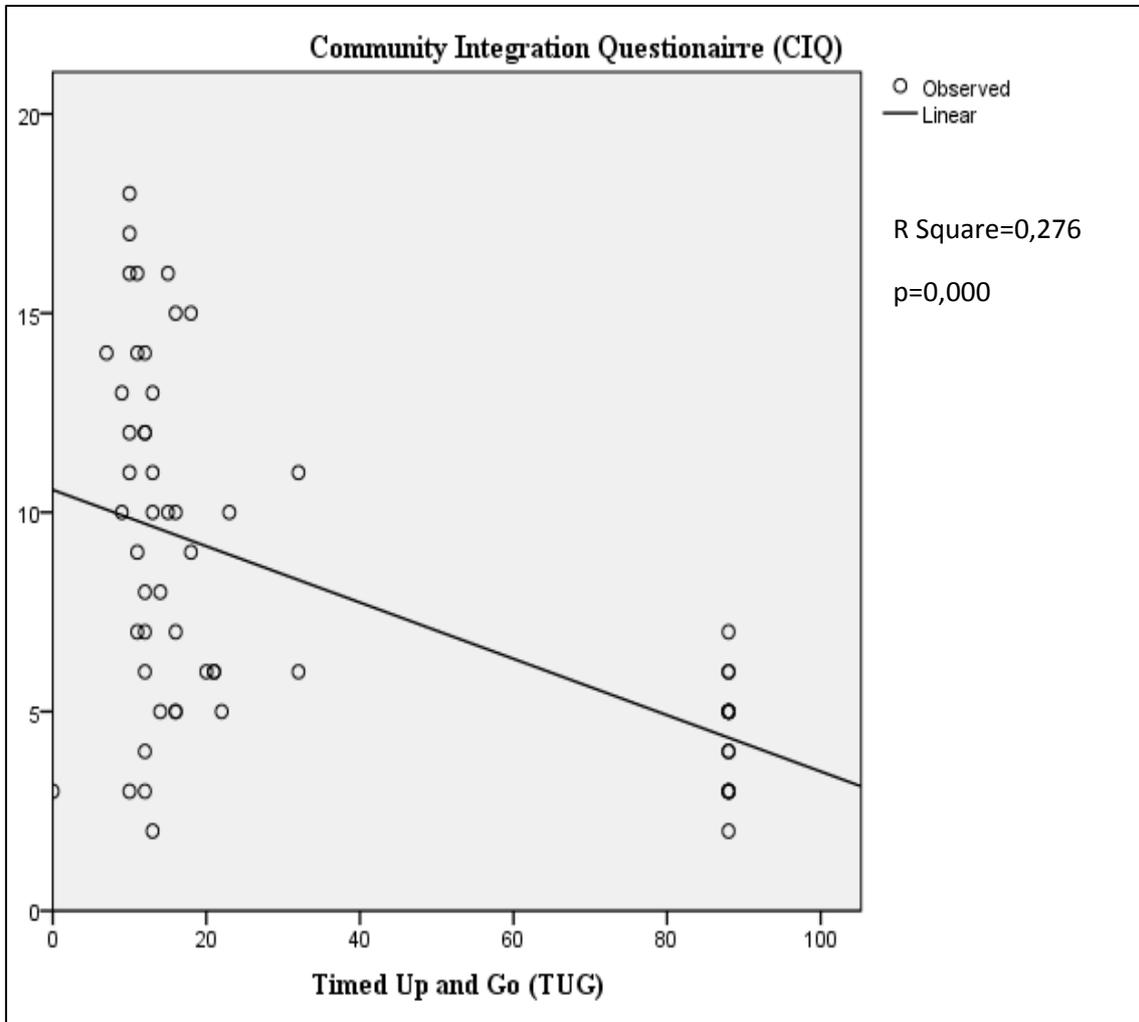
<sup>1</sup>Ajustado pelas variáveis do bloco/ <sup>2</sup>Ajustado pelas variáveis do bloco, sexo, idade na admissão e renda / <sup>3</sup>Ajustado pelas variáveis do bloco, sexo, idade na admissão, renda, tabagismo e diabetes/ <sup>4</sup> Ajustado pelas variáveis do bloco, sexo, idade na admissão, renda, tabagismo, diabetes, Barthel após alta e tempo de internação na UAVC.

Neste trabalho, com objetivo de ampliar o conhecimento a respeito da condição funcional e a relação deste com o nível de atividades instrumentais realizadas por sobreviventes após AVC, foi feito um corte transversal entre o nível de atividade instrumental medido pela FAI e o nível de integração na comunidade medido pela CIQ. Verificou-se que o percentual de variabilidade da CIQ explicada pela FAI foi de 68,1% e houve um aumento significativo da CIQ na medida em que houve incremento do escore da FAI (Figura 4).



**Figura 4** - Associação entre FAI e CIQ encontrada para de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018.

Da mesma forma, quando se avaliou a mobilidade funcional medida pelo TUG e o nível de integração medido pela CIQ verificou-se uma associação negativa entre a CIQ e o TUG contudo, observou-se uma relação inversa estatisticamente significativa, sendo que a CIQ explica apenas 27,6% da variabilidade do TUG (Figura 5).



**Figura 5** - Associação entre TUG e CIQ encontrada para de indivíduos após AVC residindo em comunidade. Salvador, Bahia, 2018.

## 6 DISCUSSÃO

Esse estudo investigou os preditores do nível de integração na comunidade e identificou a idade mais elevada, hábitos de vida relacionados ao tabagismo, a diabetes mellitus e a capacidade funcional comprometida, como preditores independentes do nível de integração na comunidade após AVC.

Nesta coorte, os sobreviventes de AVC com idade mais elevada experimentaram piores níveis de integração na comunidade quando comparados a indivíduos mais jovens. Este resultado também foi encontrado em dois estudos realizados na África do Sul e Austrália<sup>(68,69)</sup> assim como, corrobora com estudo longitudinal que em uma população com critérios de inclusão semelhantes, identificou uma forte associação entre idade elevada e restrição participação após AVC<sup>(55)</sup>.

Em uma coorte prospectiva que relacionou as características funcionais e ocupacionais preditivas do retorno ao trabalho em 18 meses após AVC, foi identificado que a maior idade levou a uma probabilidade menor de retorno ao trabalho<sup>(70)</sup>. A idade mais jovem também esteve significativamente associada ao retorno ao emprego em 18 meses entre os sobreviventes de AVC, aspecto destacado pelos autores como de fundamental importância, considerando que o retorno ao trabalho representa não só um papel importante na saúde mental e ocupacional desses indivíduos, mas também uma medida objetiva de recuperação e do nível de integração desses indivíduos na comunidade<sup>(70,5)</sup>.

No estudo Chau e colaboradores, 2009, além da idade, a capacidade funcional também avaliada pelo IBM, esteve entre os fatores determinantes para a restrição na participação social entre sobreviventes do AVC<sup>(35)</sup>. As sequelas motoras são uma complicação frequente entre os sobreviventes de AVC e impactam sobre a capacidade de viver de forma independente desses indivíduos. Alguns estudos vêm utilizando medidas de funcionalidade para verificar o impacto desta na participação social. Em geral trata-se de escalas que informam sobre hábitos de vida, desempenho funcional e /ou papéis sociais<sup>(7,36,55,60,71)</sup>. No presente estudo, a capacidade funcional avaliada pelo IBM foi um preditor independente, constatando que os indivíduos com melhor desempenho nas atividades básicas de vida diária apresentaram um nível maior de integração na comunidade. Em concordância, com estudo

anterior, uma associação positiva foi relatada entre a limitação da atividade medida pelo IBM e a restrição da participação quatro anos após o AVC<sup>(58)</sup>.

O IBM e a capacidade de locomoção na reabilitação inicial também foram relacionados como um preditor de retorno ao trabalho em 18 meses após AVC<sup>(70)</sup>. Conforme relatado por Tornbom e colaboradores, 2016, em um estudo longitudinal que avaliou o impacto da capacidade funcional na participação no primeiro ano após AVC, ao aplicar um questionário de auto avaliação para capturar a função e participação, apenas o aspecto físico demonstrou uma forte associação com a auto percepção da participação no 1 mês, em 6 meses e 12 meses após AVC<sup>(72)</sup>.

Em uma coorte desenvolvida em Israel, pesquisadores ao investigar as consequências do AVC em indivíduos residentes na comunidade, relatam que os mesmos apresentam limitação nas atividades e uma participação restrita após um ano de AVC, correlacionado a grande insatisfação com a vida. Entre os participantes, 52% necessitaram de assistência total nas compras, 77% para preparação de refeições, 70% limpeza da casa e 82% lavar a roupa e demonstram pior desempenho nas AIVD do que nas ABVD<sup>(73)</sup>. Esses achados corroboram com o presente estudo, onde identificamos um aumento significativo da CIQ na medida em que houve incremento do escore da FAI avaliada no seguimento, ou seja, quanto maior o nível de desempenho da AIVDS, maior o nível de integração na comunidade.

No seguimento, além da avaliação do nível de desempenho nas atividades instrumentais, foi avaliada a mobilidade funcional e observamos uma associação negativa entre a CIQ e o TUG, o que corrobora com outros estudos que enfatizam a importância do funcionamento físico para reintegração na comunidade<sup>(74,75)</sup>. Um estudo longitudinal, que utilizou medidas de desempenho para prever a reintegração na comunidade e qualidade de vida após AVC, sugere que as tarefas contempladas no TUG podem ser indicativas do desempenho físico dos indivíduos em casa e na vizinhança, relativos à marcha e o equilíbrio<sup>(74)</sup>. Em outro estudo realizado em adultos com lesões encefálicas de origem traumáticas, ao examinar a relação entre medidas de marcha e equilíbrio com a integração na comunidade avaliada pela CIQ, pesquisadores, mesmo reconhecido o aspecto multifatorial do construto, apontam um maior desempenho na velocidade da marcha e no equilíbrio relacionado a níveis mais altos de integração na comunidade<sup>(75)</sup>.

Dentre os fatores relacionados aos hábitos de vida, o tabagismo é um fator de risco bem estabelecido para ocorrência de AVC e no presente estudo, foi encontrado que os fumantes apresentaram uma redução do escore da CIQ de -3,047 quando comparados aos não fumantes, apontando esse hábito como um preditor significativo de desfecho desfavorável para integração na comunidade. Na tentativa de fazer uma reflexão a respeito do papel do tabagismo neste cenário, destacamos alguns estudos que sugerem resultados semelhantes<sup>(76-79)</sup>. Um estudo retrospectivo, com dados de um estudo multicêntrico internacional, demonstra que fumantes apresentam piores resultados funcionais quando comparado com não fumantes 3 meses após acidente vascular isquêmico agudo mas ressaltam que o tabagismo não exerceu influência sobre a sobrevivência desses indivíduos num mesmo período<sup>(76)</sup>. Estudo prévio, investigou construtos multifacetados do comportamento de fumar e encontrou uma associação entre traços de personalidade e tabagismo em adultos e idosos<sup>(79)</sup>. Para os autores, os indivíduos fumantes, expressam falta de perseverança, falta de cuidado com as consequências de suas ações e apresentam sua autodisciplina limitada mesmo com conhecimento dos efeitos nocivos do tabagismo. No presente estudo não foi investigada de forma específica os aspectos comportamentais.

Resultados funcionais desfavoráveis também foram encontrados em uma coorte com 146 homens japoneses<sup>(77)</sup>. A associação do comportamento de fumar e fatores sócio-demográficos, trabalho, estilo de vida e saúde mental dos funcionários públicos japoneses também foi analisada em um estudo transversal<sup>(78)</sup>. Nesse estudo, prevalência de tabagismo foi de 53,1% para homens e de 4,9% para mulheres sendo que as mulheres apresentaram um nível de escolaridade mais elevado e um nível de emprego melhor do que os homens. Além disso, nos homens, diferenças significativas foram observadas entre ex-fumantes e não fumantes: o grupo dos fumantes apresentou maior idade, menor nível educacional, maior consumo de bebidas alcoólicas e uma tendência para menos atividade física e falta de um hobby<sup>(78)</sup>.

A DM é um fator de risco independente para o AVC, em contrapartida essa comorbidade não é uma variável avaliada nas pesquisas relacionadas ao desfecho integração na comunidade, apesar de ser reconhecida sua associação com piores desfechos funcionais<sup>(80-83)</sup>. Em nosso estudo a DM foi confirmada como um preditor independente para restrição no nível de integração na comunidade. Estudo desenvolvido na China com indivíduos após AVC também isquêmicos, identificou a DM como preditor de desfechos negativos, relacionada à maior

mortalidade ou dependência, bem como o AVC recorrente aos 3 e 6 meses após o primeiro evento do AVC<sup>(80)</sup>.

Da mesma forma, uma coorte mais recente, com uma população, tamanho amostral e instrumentos semelhantes ao presente estudo, avaliou o impacto do diabetes nos resultados de curto e longo prazo, comparando diabéticos e não diabéticos após AVC isquêmico (12 e 18 meses) e identificou que a frequência de morte ou dependência foi estatisticamente maior entre os indivíduos após AVC diabéticos<sup>(81)</sup>. O AVC mais grave e com maior comprometimento funcional, também foi referido em indivíduos com hiperglicemia e sem história prévia de DM<sup>(82)</sup>.

Em uma amostra representativa nacional da Holanda para investigar os aspectos psicológicos de viver com diabetes, ao examinar pessoas com personalidade do tipo D (indivíduos com experiência simultânea de alto nível de afetividade negativa e inibição social) os pesquisadores referem que estes tendem a experimentar menos apoio social, maior inibição social, solidão, comprometendo o enfrentamento da doença<sup>(83)</sup>.

### **Outros preditores clínicos de integração na comunidade referidos na literatura**

Na literatura uma variedade de fatores tem sido relacionada a desfechos positivos e negativos de reintegração na comunidade. Alguns desses fatores já são bem compreendidos e documentados e outros ainda necessitam de maiores elucidações.

Alguns estudos com a população de AVC relacionam a baixa renda como desfecho desfavorável, em geral, na maior parte desses estudos está relacionado ao baixo nível educacional e a ocupação caracterizando o baixo status socioeconômico<sup>(84-86)</sup>. Uma coorte realizada nos Estados Unidos com 1.965 sobreviventes do AVC demonstrou que pacientes com AVC com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e desemprego antes do AVC apresentaram um pior desempenho funcional após AVC<sup>(84)</sup>. A associação entre um resultado funcional mais desfavorável e a privação no status socioeconômico também foi relatada no estudo de Song & Pan 2017<sup>(85)</sup>. Os baixos níveis de educação, ocupação e renda também foram simultaneamente associados a uma má qualidade de atendimento aos sobreviventes de AVC em um estudo multicêntrico na China<sup>(86)</sup>. A renda no presente estudo não foi um preditor, apesar de ter abrangido todos os distritos sanitários da cidade de Salvador, o que

permitiu que contemplássemos uma variabilidade de bairros com perfis sócioeconômicos variados, em nossa amostra havia uma homogeneidade neste aspecto, todos indivíduos eram provenientes de uma unidade de referência de AVC de um hospital público, que em geral no Brasil fornece atendimento a uma população economicamente menos favorecida, o que pode ter influenciado no resultado.

Nos nossos resultados, embora não haja diferenças estatisticamente significantes, as mulheres apresentaram um resultado mais favorável à integração na comunidade. O sexo feminino como preditor favorável para a participação social foi descrito por Blomegrem, 2017<sup>(87)</sup>. Em contraste, a literatura aponta em outros estudos que as mulheres experimentaram piores resultados funcionais além de uma maior restrição na participação em comparação aos homens<sup>(35,36,55)</sup>. Outro estudo, com achados semelhantes, aponta que esses resultados eram atenuados quando ajustados com fatores como a idade, gravidade e dependência previa ao AVC<sup>(88)</sup>.

Em grande parte da literatura, a relação entre o tempo de internamento e o desfecho integração na comunidade entre os sobreviventes não é referido. No nosso estudo, identificamos que o incremento de cada três dias de internação reduziu, em média, o escore da CIQ em 0,585, porém, sem significância estatística. Entretanto, os efeitos do tempo prolongado de internação em sobreviventes de AVC sobre diferentes desfechos funcionais e clínicos vêm sendo avaliado em alguns estudos, com resultados conflitantes<sup>(89-92)</sup>. Rincon colaboradores 2011<sup>(89)</sup> examinou o efeito do tempo de permanência prolongado nos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva neurológica e encontrou que os pacientes com AVC gravemente enfermos e com um tempo de permanência prolongado  $\geq 5$  h, tiveram um pior desfecho funcional. Diferentemente, em uma coorte retrospectiva com pacientes após AVC agudo, o tempo de internação mais curto esteve associado um pior desfecho funcional<sup>(90)</sup>. Em uma coorte com pacientes com AVC isquêmico<sup>(91)</sup> e outra<sup>(92)</sup> de indivíduos com hemorragia intracerebral espontânea, o tempo de internação prolongado não esteve significativamente associado aos desfechos funcionais desfavoráveis<sup>(91,92)</sup>. O mesmo foi observado em estudo prospectivo realizado em Singapura no período de 5 anos, que detectou uma correlação entre o tempo de internação prolongado e o desfecho funcional, porém não significativo<sup>(93)</sup>.

### **Aspectos pessoais**

Mais da metade (66%) da população do presente estudo foi composta por indivíduos que tinham vida conjugal e o aspecto viver com companheiro e presença de uma rede social de apoio, ou seja, a presença de familiares e /ou amigos, ainda que possa contribuir como facilitadores para integração na comunidade, não foi estatisticamente significativa neste estudo.

O suporte familiar ou a presença de uma rede social de apoio vem sendo apontado na literatura como um preditor integração. O suporte familiar ou a presença de uma rede social de apoio vem sendo documentado como facilitador importante para reintegração<sup>(94)</sup>. Um estudo qualitativo, de desenho meta- etnográfico<sup>(95)</sup> descreveram entre seus achados que cuidadores cônjuges foram identificados como o “melhor dispositivo” e a dependência deles como uma “estratégia” essencial para prevenir quedas e facilitar a independência. Em estudo também qualitativo, que abordou a relação entre as limitações nas AVDS e a restrição na participação, identificou que a redução das interações sociais experimentadas pelos participantes, teria impacto negativo nas redes de social apoio, por outro lado, a presença dessas redes impacta positivamente na recuperação funcional e psicossocial do paciente com AVC<sup>(94)</sup>.

### **Aspectos ambientais**

Embora não se tenha encontrado nenhuma associação significativa com os aspectos relativos ao ambiente, identificamos inadequações quanto às condições ambientais experimentadas por esses indivíduos. De acordo com a CIF, a funcionalidade resulta da interação do indivíduo com o meio ambiente e considera que esses fatores podem atuar como barreiras ou facilitadores para reintegração na comunidade, assim, considerando a relevância do assunto, incluiu a discussão destes aspectos.

A geografia física da casa e arredores da comunidade onde vivem os entrevistados foi investigada através do questionário de acessibilidade, o que permitiu identificar quais as barreiras arquitetônicas tiveram impacto negativo para a integração na comunidade. Os maiores problemas referidos foram à presença de calçadas irregulares, presença de ciclistas nas calçadas, falta de semáforos nas ruas. Estudo prévio, apontou as barreiras geofísicas,

como obstáculo para metade dos participantes de seu estudo, sendo esta mais evidente aos 3 meses do que as 6 semanas após AVC<sup>(96)</sup>. A estrutura física em espaços públicos e privados bem como as condições de geografia física das residências desses indivíduos após AVC, também foram descritas por Ribeiro e colaboradores<sup>(97)</sup>.

A acessibilidade está relacionada à possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano<sup>(67)</sup> sendo um fator importante a se considerar, pois a falta dela pode gerar dificuldades no deslocamento das pessoas principalmente para aqueles indivíduos que apresentam algum tipo de limitação. Para Vasconcelos e cols, 2006 as dificuldades para a pessoa com limitação física acessar os serviços públicos são percebidas principalmente no trajeto casa-instituição assistenciais e que a remoção dessas barreiras são um importante passo para a integração dos deficientes na comunidade bem como para qualidade de vida.

No âmbito do sistema único de saúde (SUS), algumas portarias definem a política nacional para estruturar a rede assistencial de saúde, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos pacientes<sup>(98-100)</sup>. No entanto, verificamos quanto ao acesso aos serviços, principalmente no que diz respeito à reabilitação que em nossa população a maior parte dos indivíduos investigados não era acompanhada por nenhum tipo de reabilitação. Apenas 22,58% dos indivíduos estavam fazendo fisioterapia e 7,25% tinham acompanhamento fonoaudiológico. Esse achado vai em direção contrária ao previsto nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com AVC<sup>(30)</sup>, neste documento, a reabilitação direcionada a esses indivíduos deve ocorrer precocemente e que contemple toda sua integralidade, a fim de minimizar as sequelas e proporcionar o retorno mais breve possível desses indivíduos às suas atividades e participação na comunidade, entretanto, ainda não é uma realidade no Brasil.

Na análise crítica deste estudo, destacamos que a maior parte dos estudos se concentra em examinar a reintegração na comunidade até o primeiro ano de AVC e poucos exploram os problemas em longo prazo, especialmente poucas são as informações a respeito dos aspectos ambientais envolvidos. No Brasil, não há estudos prospectivos com esse objetivo específico e essa investigação pode contribuir para ampliar o conhecimento a respeito da integração na comunidade nos sobreviventes do AVC. Ademais, a força desse estudo reside também no fato da avaliação ter sido realizada no domicílio, ou seja, no ambiente real dos indivíduos.

Por outro lado, mesmo considerando como outro ponto forte o número de participantes e estes serem originados de diferentes distritos sanitários de Salvador, a ampliação dessa investigação, incluindo usuários provenientes de serviços diversificados na assistência a essa população se faz necessário, possibilitando extrapolar a discussão do impacto do AVC na reintegração dos indivíduos na comunidade. Ademais, reconhecemos que os aspectos comportamentais e cognitivos devem ser incluídos em uma próxima investigação.

## 7 CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que em indivíduos após AVC, residentes na comunidade e avaliados no domicílio na cidade de Salvador, Bahia:

1. A idade elevada, a capacidade funcional apresentada na alta da UAVC, a DM e o tabagismo permaneceram como preditores independentes do nível de integração na comunidade.
2. As atividades instrumentais de vida diária, avaliadas pela FAI, apresentaram uma associação positiva significativa com a integração na comunidade, avaliada pela CIQ.
3. Verificou-se que quanto maior a mobilidade funcional, avaliada pelo TUG, maior nível de integração na comunidade identificado pela CIQ.
4. Identificamos que uma pequena parte da população estava participando de um programa de reabilitação. Destes 22,58% dos indivíduos estavam fazendo fisioterapia e 7,25% acompanhamento fonoaudiológico.

## REFERÊNCIAS

1. Bensenor IM, Goulart AC, et al. Prevalence of Stroke and associated disability in Brasil: National Health Survey-2013. *Arquivos.Neuropsiquiatria*.2015; 73(9):746-750.
2. Passos VMA, Ishitani LH, Franco GC, et al. Consistent declining trends in stroke mortality in Brazil: mission accomplished? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*.2016. 74(5), 376-381
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Fullerton HJ, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from The American Heart Association. *Circulation*. 2016. 26; 133(4):e38-360.
4. Jellema S, Hees VS et al. What environmental factors influence resumption of value activities post stroke: A systematic review of quantitative findings. *Clinical Rehabilitation*. 2016. 1-12.
5. Pinto EB, Maso I. Differential aspects of stroke and congestive heart failure in quality of life reduction: case series with three comparison groups. *Health and Quality of Life Outcomes*.2011. v.9, P 65-5. 2011.
6. Oliveira AIC, Silveira KRM. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Rev. Neurociencias*, 2011; 19(4) 653-662.
7. Singam A, Ytterberg C et al. Participation in complex and social everyday activities six years after stroke: Predictors for return to pre- stroke level.2015. *Plos One*.2015 10(12).
8. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas.2005. *Rev. Bras. Epidemiol*: 8(2):187-93.
10. Chan CKC, Chan DWC, Wong SKM. Evaluation of the functional independence for stroke survivors in the community. *Asian J Gerontol Geriatr*.2009; 4: 24–29.
11. Joseph C, Rhoda A. Activity limitations and factors influencing functional outcome of patients with stroke following rehabilitation at a specialised facility in the Western Cape. *Afr Health Sci*. 2013;13(3):646-54.
12. Bender M, Jusufovic E, Railic V, et al. High Burden of Stroke Risk Factors in Developing Country: the Case Study of Bosnia-Herzegovina. *Mater Sociomed*. 2017; 29 (4):277-279.
13. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population -based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol*. 2003; 2(1):43-53.

14. WHO. Stroke 1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. *Stroke* 1989; 20: 1407-1431.
15. Patel MD, McKeivitt C, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA. Clinical Determinants of long-term quality of life after stroke. *Age and Ageing* 2007; 36:316-22.
16. Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Med Port* 2004; 17:187-92.
17. Lessa I. Aspectos sociais da mortalidade precoce (15 a 59 anos) por doenças cerebrovasculares. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1990; 48(3):296-300.
18. WHO. World Health Organization. [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf) World Health Organization 2011.
19. Almeida LG, Vianna JBM. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino. *Revista Ciências em Saúde*. 2018. 8 (1). 13-17.
20. Bovim MR, Askim T, Lydersen S, Fjaertoft H, Indre- Davik B. Complications in the first week after stroke: a 10-year comparison. *BMC Neurol* 2016;16:133.
21. Pinheiro HA, Viana LG. Taxa de Mortalidade Especifica por Doenças Cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. *Rev. Neucienc*: 2012. 6p.
22. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57.
23. Ovbiagele B, Goldstein LB, Higashida RT, et al on behalf of the American Heart Association Advocacy Coordinating Committee and Stroke Council. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2015; 46:179]. *Stroke*. 2013; 44: 2361–2375.
24. Makhoul MP, Maso I, Monteiro M, Rosa I, Vasconcelos L et al. Clinical and functional characteristics of young adult patients admitted in a Stroke Unit. *Brazilian Journal of Medicine and Human Health*. 2016. 4 (3)89-98.
25. Lotufo PA, Goulart AC, Passos VM de A, et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(Suppl. 1), 129-141.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Morbidade e Mortalidade: Brasil por Região e Unidade da Federação [Internet]. Brasília; 2017 [Acesso em: 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

27. Béjot Y, Daubail B, Girout M. Epidemiology of Stroke and transient ischemic attacks: Current Knowledge and perspectives. 2015. *Revue Neurologique*: 172(2016): 59-68.
28. Wagner JM, Lang CE, Sahrman SA. et al. Sensorimotor impairments and reaching performance in subjects with poststroke hemiparesis during the first few months of recovery. *Phys Ther*. 2007 Jun;87(6):751-65.
29. Ferreira LTD, Pinto EB. Perfil funcional dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico de um centro de referência em Salvador. *Fisioterapia Brasil* 2008; 9:81-5.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. 2013. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf).
31. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 11:CD000197, 2013.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Disponível em: <https://www.saude.mt.gov.br/arquivo/7416/legislacao>. Acesso em março de 2017.
33. Teixeira RA, Silva LD, Ferreira V. Tratamento Trombolítico no Acidente Vascular Cerebral Agudo. *Revista de Neurociências* 12: 5-17, 2014.
34. Belagaje SR. Stroke Rehabilitation. *Cerebrovascular Diseases* 23: 238-253, 2017.
35. Chau JC, Thompson R, Twinn S, et al. Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: a path analysis. *BMC Neurol*.2009;9:49.
36. Graaf JA, Van Mierlo ML, Post M WM, et al. Long –term restrictions in participation in Stroke survivors under and over 70 year of age. *Disability and Rehabilitation*. 2017: Vol 0, N°0, 5-21.
37. Hoyle M, Gustafsson L, Meredith P, Ownsworth T. Participation after Stroke: Do we understand all the components and relationships as categorized in the ICF. *Brain impairment*; 2012.13(1).4-15.
38. López-Espuela F, Pedrera-Zamorano JD, Jiménez-Caballero PH et al. Functional Status and disability in Patients after acute Stroke: a longitudinal. *American Journal of Critical Care*, 2016. 25(2).144-51.
39. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*: World Health Organization: 2001.
40. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989;42 (8):703-9.
41. Monteiro M, Maso I, Sasaki A C, et al. Validation of Frenchay activity index on stroke victims. *Arq. Neuro- Psiquiatria*. [Online]. 2017, vol.75, n.3, p.167-171.

42. Podsiadlo D, Richardson S: The Timed "Up & Go": A Test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS* 1991;39:142-148.
43. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, Pereira IF, Teixeira LA, Jesus PA, de Queiroz DC, Pereira DF, Pinto E, Leite JP, Lopes AA, Oliveira-Filho J: Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. *Cerebrovasc Disease* 2009; 27:119–22.
44. Nazzal M, Sa'adah MA, AL-Ansari D, et al. Stroke rehabilitation application and analysis of the modified Bathel Index in an Arab Community. *Disabil Rehabil.* 2001; 23(1):36-42.
45. Uyttenboogaart M, Stewart RE, Vroomen PCAJ, De Keyser J, Luijckx G. Optimizing cutoff score for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials. *Stroke* 2005; 36:1984-7.
46. Van Exel VNJA, Scholte op Reimer WJM, Koopmanschap MA. Assessment of post-stroke quality of life in cost-effectiveness studies: The usefulness of Barthel Index and the EuroQol-5D. *Quality of Life Research* 2004; 13:427-33.
47. Dromerick AW, Edwards DF, Diringner MN. Sensitivity to changes in disability after stroke: A comparison of four scales useful in clinical trials. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2003;40(1):1-8.
48. Lai S, Perera S, Duncan PW, Bode R. Physical and social function in after stroke: Comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke* 2003;34:488-93.
49. Schuling J, de Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay activities Index. Assessment of functional status in stroke patients. *Stroke.* 1993;24(8):1173-7.
50. Wade DT, Legh-Smith J, Langton Hewer R. Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int.Rehabil Med.* 1985;7(4):176-81.
51. Bischoff HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, Von Dechend M, Akos R, Conzelmann M, Dick W, Theiler R. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age and Ageing* 2003; 32: 315–320.
52. Robinson CA, Shumway- Cook A, et al. Understanding physical factors associated with participation in community ambulation following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 2011; 33(12):1033-1042.
53. Andersson AG, Kamwendo K, Seiger A, Appelros P. How identify potential fallers in a stroke unit: Validity indexes of four test methods. *J Rehabil Med* 2006; 38:186-191.

54. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M: Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy* 2000;80: 896-902.
56. Obeme A, Mapayi B, Johnson et al. Community reintegration in stroke survivors: Relationship with motor function and depression. *Physioterapy jornal*(2013)31,69-71.
57. Dalemans RJ, De Witte LP, Beurskens AJ, Van Den Heuvel WJ, Wade DT. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia, *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32:20, 1678-1685.
58. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun SB. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Med J.* 2015;56(6):1694-702.
59. Gadidi, Vered et al. Long-Term Outcome Poststroke: Predictors of Activity Limitation and Participation Restriction. *Arch Phys Rehabil*, 2011. 92(11)1802 – 1808.
57. Vasconcelos LR, Freitag P, Lorita M. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Escolar Anna Nery Revista de Enfermagem Anna* 2006; 10 (3): 494 – 500.
58. Faria-Fortini I, Basílio ML, Scianni AA, Faria CDCM, Teixeira-Salmela LF. Performance and capacity-based measures of locomotion, compared to impairment-based measures, best predicted participation in individuals with hemiparesis due to stroke. *Disability and Rehabilitation*.2017. 40:15, 1791-1798.
59. Fraga-Maia HM, Werneck G, Dourado I, et al. Tradução e adaptação do instrumento “community integration questionnaire”. *Ciência.&Saúde coletiv.* 2015. 20(5):1341-1352.
60. Bairros de abrangência por distritos sanitários. Disponível em: [www.saude.salvador.ba.gov.br/](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/)
61. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol* 2007;165:710.
62. Dewey HM, Donnan GA, Freeman EJ, et al. Interrater reliability of the National Institute of Health Stroke Scale: rating by neurologists and nurses in a community-based stroke incidence study. *Cerebrovasc Disease* 1999;9: 323-327.
63. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke: classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke* 1990; 21:637-76.
64. Acessibilidade a edificações, mobiliário. ABNT NBR 9050:2004. 97 páginas. NORMA BRASILEIRA. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_genérico\\_imagens-filefield-description%5D\\_24.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_genérico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf) 30 jun. 2004. ABNT 2004.

65. Toughieda E, Anthea R, Ayorinde A, Isa UL. Factors predicting community participation in patients living with stroke, in the Western Cape, South Africa, Disability and Rehabilitation. 2018.29.1-8.
66. Elloker T, Rhoda A, Arowoia A, Lawal IU. Factors predicting community participation in patients living with stroke, in the Western Cape, South Africa. Disability and Rehabilitation. 2018.29.1-8.
67. Tse T, Douglas J, Lentin P et al. Reduction in Retained Activity Participation is associated with Depressive Symptoms 3 Months After Mild Stroke: An Observational Cohort Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2017. 49(2). 120-127(8).
68. Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H. Functional and occupational characteristics predictive of a return to work within 18 months after stroke in Japan: implications for rehabilitation. *Int Arch Occup Environ Health*.2013; 87(4):445-53.
69. Silva SM, Corrêa JCF, Pereira GS, Corrêa FI. Social participation following a stroke: an assessment in accordance with the international classification of functioning, disability and health, *Disability and Rehabilitation*.2017.13.1-8.
70. Törnbohm K, Persson HC, Lundälv J, Sunnerhagen KS. The impact of physical function on participation in the first year post-stroke. *Acta Neurol Scand*. 2017 135 (6):649-655.
71. Hartman-Maeir A, Soroker N et al. Activities, participation and satisfaction one year post –stroke. *Disability and Rehabilitation*, 2007; 29(7): 559-566.
72. Cohen JW, Ivanova TD, Brouwer B, et al. Do performance measures of strength, balance and mobility predict quality of life and community reintegration after stroke? *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2018.
73. Perry SB, Woollard J, et al. Relationship among measures of balance, gait and community integration in people with brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 29(2); 117-124.
74. Ovbiagele B, Weir CJ, Saver JL, Muir KW, Lees KR. Effect of smoking status on outcome after acute ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2006; 21: 260–5.
75. Kumaia N, Okuhara Y, Liyama T. Effects of smoking on outcomes after acute atherothrombotic stroke in Japanese man. *Journal of the neurological sciences*. 335(2013) 164-168.
76. Hu L, Sekine M, Gaina A, Naser Moaddeli A, Kagamimori S. Association of smoking behavior and socio-demographic factors, work, lifestyle and mental health of Japanese civil servants. *J Occup Health* 2007;49(6):443–52.
77. Terracciano A, Costa PT. Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. 2004; 99 (4):472-81.
78. Jia Q, Zhao X, Wang C, et al. Diabetes and poor outcomes within 6 months after acute ischemic stroke: the China National Stroke Registry. *Stroke* 2011;42:2758–62.

79. Nayak AR, Badar SR, Lande N, et al. Prediction of Outcome in Diabetic Acute Ischemic Stroke Patients: A Hospital-Based Pilot Study Report. *Ann Neurosci*. 2016; 23 (4):199-208.
80. Stead LG, Gilmore RM, Bellolio MF, et al. Hyperglycemia as An Independent Predictor of Worse Outcome in Non-diabetic Patients Presenting with Acute Ischemic Stroke *Neurocrit Care* .2009. 10: 181.
81. Spek V, Nefs G, Mommersteeg PMC, Speight J, Pouwer F, Denollet J. Type D personality and social relations in adults with diabetes: results from diabetes MILES - The Netherlands. *Psychol Health*. 2018. 8:1-16.
82. Bettger JP, Zhao X, Bushnell C, et al. The association between socioeconomic status and disability after stroke: findings from the Adherence evaluation After Ischemic stroke Longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health*. 2014;14: 281.
83. Song T, Pan Y, Chen R, Li H, Zhao X, et al. Is there a correlation between socioeconomic disparity and functional outcome after acute ischemic stroke? *PLOS ONE*. 2017. 12(7).
84. Pan Y, Chen R, Li Z et al. Socioeconomic status and the quality of acute stroke care: the china national stroke registry. *Stroke* 2016. 47(11):2836–2842.
85. Blomgren C, Jood K, Jern C, Holmegaard L, Redfors P, Blomstrand C, Claesson L. Long-term performance of instrumental activities of daily living (IADL) in young and middle-aged stroke survivors: Results from SAHLIS outcome. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.2017.
86. Hoang T, Phan CL, Blizzard MJ. Factors contributing to sex differences in functional outcomes and participation after stroke. *First. Neurology*. 2018.0.1-9.
87. Rincon F, Mayer SA, Rivolta J, et al. Impact of Delayed Transfer of Critically Ill Stroke Patients from the Emergency Department to the Neuro-ICU *Neurocrit Care*. 2010. 13 (1). 75-81.
88. Minaeian A, Patel A, Essa B, Goddeau RP, Moonis M, Henninger N. Emergency Department Length of Stay and Outcome after Ischemic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2017; 26 (10):2167-2173.
89. Jain M, Damania D, Jain AR, Kanthala AR, Ganti L, Jahromi BS. Does prolonged length of stay in the emergency department affect outcome for stroke patients? *West J Emerg Med*. 2014; 15 (3):267-75.
90. Elmer J, Pallin DJ, Liu S, et al. Prolonged emergency department length of stay is not associated with worse outcomes in patients with intracerebral hemorrhage. *Neurocrit Care*. 2012;17(3):334-42.

91. Ng YS, Tan KH, Chen C, Senolos GC, Chew E, Koh GC. Predictors of Acute, Rehabilitation and Total Length of Stay in Acute Stroke: A Prospective Cohort Study. *Ann Acad Med Singapore*. 2016.45(9):394-403.
92. Urimubenshi G. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *Afr Health Sci*. 2015;15 (3):917-24.
93. Walsh ME, Galvin R, Loughnane C, et al. Factors associated with community reintegration in the first year after stroke: a qualitative meta-synthesis, *Disability and Rehabilitation*, 2015. 37:18, 1599-1608.
94. Algurén B, Lundgren-Nilsson Å, Sunnerhagen KS. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase, *Disability and Rehabilitation*. 2009. 31(19), 1584-1591.
95. Ribeiro KQS, Neves RFQS, Brito GEG, et al. Analysis of impacts from environmental factors evaluated by CIF in individuals post-AVC. *Fisioterapia em Movimento*. 2016. 29(2), 237-249.
96. Ministério da saúde do Brasil. Portaria N° 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2012/prt0793_24_04_2012.html)
97. Ministério da saúde do Brasil. Portaria N° 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2012/prt0835_25_04_2012.html)
98. Ministério da saúde do Brasil. Portaria N° 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012 [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664\\_12\\_04\\_2012](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012).

## APÊNDICES

### Apêndice I - Questionário Aplicado na Coleta dos Dados

<b>FICHA DE COLETA DE DADOS NO SEGUIMENTO DOMICILIAR</b>	
<b>BLOCO 1. Identificação</b>	
<b>1. Avaliador:</b> _____ (AVALIA D)	<b>2. Prontuário:</b> _____ (IDENTI FI)
<b>3. Data da alta hospitalar:</b> ____/____/____ (DATAALTA)	<b>4. Data da entrevista:</b> ____/____/____ (DATAENTRE)
<b>5. Hora da entrevista:</b> _____: (HORAENT)	<b>6. Telefone:</b> _____ (TELEFON1)
<b>7. Telefone:</b> _____ (TELEFON2)	<b>8. Telefone:</b> _____ (TELEFON3)

<b>BLOCO 2.</b>	
<b>27. Faz Fisioterapia? (FAZFISIO)</b> (0) Sim                      (1) Não	<b>28. Se sim, onde faz Fisioterapia? (ONDEFIS)</b> (0) Rede SARAH                      (1) IBR                      (2) CEPRED (3) Clínicas Escolas (IES)      (4) Outros                      (88) Não se aplica
<b>29. Já fez Fisioterapia? (Fez e parou?) (FEZFISIO)</b> (0) Sim                      (1) Não	<b>30. Se sim, onde fez Fisioterapia? (ONDFEZFT)</b> (0) Rede SARAH                      (1) IBR                      (2) CEPRED (3) Clínicas Escolas (IES)      (4) Outros
<b>31. Faz Fonoaudiologia? (FAZFONO)</b> (0) Sim                      (1) Não	<b>32. Se sim, onde faz Fonoaudiologia? (ONDEFONO)</b> (0) Rede SARAH                      (1) IBR                      (2) CEPRED (3) Clínicas Escolas (IES)      (4) Outros                      (88) Não se aplica
<b>33. Já fez Fonoaudiologia? (Fez e parou?) (FEZFONO)</b> (0) Sim                      (1) Não	<b>34. Se sim, onde fez Fonoaudiologia? (ONDFEZFON)</b> (0) Rede SARAH                      (1) IBR                      (2) CEPRED (3) Clínicas Escolas (IES)      (4) Outros

## Apêndice II - Questionário de Acessibilidade



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA I  
CURSO DE FISIOTERAPIA (BACHARELADO)

FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O  
DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



BLOCO 4. Acessibilidade. Agora vamos falar um pouco sobre....	
<p><b>35. Você vai à rua sozinho?</b> (SOZINHO) (0) não (1) Sim (88) Não se aplica</p>	<p><b>36. Em caso negativo (NAO), vai com quem?</b> (COMQUEM) (1) Irmãos (2) Filho/Neto/Cônjuge (3) Cuidador/Amigo (99) Outros (88) Não se aplica</p>
<p><b>37. Qual o principal meio de locomoção?</b> (LOCOMO) (1) A pé (2) Ônibus (3) Carro (4) Moto (88) Não se aplica (99) Outros</p>	<p><b>38. Qual o principal motivo para não andar de ônibus?</b> (1) Falta de independência (2) Não tem quem leve (3) A distância é longa (4) O tempo de espera é longo (5) Ponto não tem cobertura (88) Não se aplica (99) Outros</p>
<p><b>39. Qual da distância entre sua casa e o ponto do ônibus?</b> (1) É perto (2) Longe (3) Muito longe (4) Terreno acidentado (88) Não se aplica</p>	<p><b>40. Outros meios de locomoção?</b> (LOCOMOCAO) (1) Bicicleta (2) Cadeira de rodas (3) Cavalos (88) Não se aplica (99) Outros</p>
<p><b>41. Quais locais frequenta quando sai de casa - comércio?</b> (ACESSCOM) (1) Banco (2) Loterias (3) Padarias (4) Cinema (5) Farmácia (6) Supermercado (88) Não se aplica</p>	<p><b>42. Quais locais frequenta quando sai de casa – rede social de apoio?</b> (ACESSREDE) (1) Grupo de terceira idade (2) Igrejas (3) Praças públicas (88) Não se aplica</p>
<p><b>43. Quais locais frequenta quando sai de casa – cuidados com a saúde?</b> (ACESSAUDE) (1) Consultórios Médicos (2) Unidades de saúde (PSF/UBS) (3) Hospital (88) Não se aplica (99) Outros</p>	<p><b>44. Quais locais frequenta quando sai de casa – lazer?</b> (ACESSLAZER) (1) Cinema (2) Bar (3) Restaurantes (88) Não se aplica (99) Outros</p>
<p><b>45. Quais os locais que mais frequenta?</b> (MAISFREQUE) (1) Visita a familiares e amigos (4) Oficina mecânica (2) Fisioterapia (5) Lojas comerciais (3) Caminhar na rua (3) Hidroginástica (88) Não se aplica (99) Outros</p>	<p><b>46. Quais dias da semana sai de casa?</b> (DIASEM) (1) Segunda-feira (2) Terça-feira (3) Quarta-feira (4) Quinta-feira (5) Sexta-feira (6) Sábado (7) Domingo (88) Não se aplica</p>
<p><b>47. Tem dificuldades para atravessar a rua?</b> (DIFIRUA) (0) não (1) Sim (88) Não se aplica</p>	<p><b>48. Em caso afirmativo, quais os motivos?</b> (MOTATRAVES) (1) Falta de rampas (2) Impaciência dos motoristas (3) O tempo do sinal é insuficiente (4) Falta sinal para pedestres (5) Dificuldade para enxergar o sinal (6) Não há faixa para travessia de pedestre (7) Local da travessia é irregular (88) Não se aplica (99) Outros</p>
<p><b>49. Você tem problemas para andar na calçada?</b> (CALCADA) (1) Falta de calçada (2) Calçadas irregulares (3) Calçadas estreitas (4) Presença de ciclistas nas calçadas (5) Presença de obstáculos nas calçadas (88) Não se aplica (99) Outros</p>	

### Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<b>IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL, COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: ESTUDO LONGITUDINAL.</b>
--

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Pesquisador Responsável: Elen Beatriz Pinto*

*Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, no endereço Av. João VI, 275 - Brotas – Salvador/BA, CEP: 40290-000. Coordenação de Cursos. Tel: 32768260*

Você está sendo convidado a continuar participando da pesquisa que tem o objetivo de descrever as características clínicas, funcionais e sociodemográficas dos pacientes internados em uma Unidade de AVC. Caso aceite continuar participando, você será um participante nessa etapa da pesquisa. Após sua alta hospitalar o senhor ou responsável será entrevistado por telefone, para coletar informações sobre o seu nível de independência nas atividades realizadas em casa, no lazer e no trabalho. Os pesquisadores entrarão em contato por telefone com o senhor e/ou responsável legal e irão perguntar se concordam que os pesquisadores façam uma visita na sua casa. Neste momento será explicado o objetivo da visita, que é avaliar no seu ambiente as barreiras (dificuldades) e facilitadores (facilidade) que podem influenciar na sua independência funcional após a alta hospitalar.

Além disso você será examinado para avaliar a sua capacidade funcional que vai identificar o seu grau de facilidade e dificuldade para realizar a alimentação, higiene com o corpo, uso do banheiro, tomar banho e vestir roupas, se levantar da cama, da cadeira, de andar, assim como, atividades simples e complexas das habilidades comunicativas.

Esta pesquisa apresenta baixo risco, pois na visita em sua casa teremos a preocupação em diminuir qualquer constrangimento decorrente da nossa presença na sua casa. Se houver desconforto comunique aos pesquisadores que irão lhe visitar, então será interrompida a visita.

Você receberá informações a respeito de sua capacidade funcional (para realizar as atividades do dia a dia), terá orientações de prevenção de quedas e problemas para se movimentar e orientações sobre os aspectos de comunicação. Os seus dados serão publicados em eventos e revistas científicas, os pesquisadores responsáveis asseguram que o seu nome não será citado e o sigilo dos dados coletados. Todos os dados colhidos sobre você serão considerados confidenciais e ninguém além dos pesquisadores terá acesso a estas

informações. Você tem total liberdade para aceitar ou não aceitar participar desta pesquisa. Mesmo que entre no estudo, você tem o direito de se retirar em qualquer momento. Digo que recebi uma cópia desse documento com igual teor, e o outro ficará com o pesquisador responsável.

Lembre-se: a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida ou denúncia quanto aos seus direitos, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, no endereço Av. João VI, 275 - Brotas – Salvador/BA, CEP: 40290-000. Tel: 32768225

### **Autorização**

1. Entendo que todas as informações fornecidas neste termo de consentimento e aceito participar deste estudo de forma voluntária.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

### **2. Assinatura do Voluntário:** \_\_\_\_\_

Este consentimento foi obtido por um dos pesquisadores do estudo, o qual fornece a seguinte declaração:

Eu expliquei cuidadosamente ao paciente a natureza do projeto acima. Certifico que pelo que sei a pessoa que está assinando este termo entendeu claramente o que está escrito e que sua assinatura é legalmente válida.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_



## ANEXOS

## Anexo I - National Institutes of Health Stroke Scale

Parâmetro	Pontuação
1a. Nível de consciência	0=alerta; 1=desperta com estímulo verbal; 2=desperta somente com estímulo doloroso; 3=resposta reflexa a estímulo álgico.
1b. Orientação: idade e mês	0=ambos corretos; 1=um correto; 2=ambos incorretos.
1c. Comandos: abrir/fechar olhos, apertar e soltar mão.	0=ambos corretos; 1=um correto; 2=ambos incorretos.
2. Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca)	0=normal; 1=paresia do olhar conjugado; 2=desvio conjugado do olhar.
3. Campos visuais	0=normal; 1=hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção; 2=hemianopsia completa; 3=cegueira cortical.
4. Paresia facial	0=normal; 1=paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico); 2=paresia/segmento inferior da face; 3=paresia/segmentos superior e inferior da face.
5. Motor membro superior: braços entendidos 90° (sentado) ou 45° (deitado) por 10 s. 6. Motor membro inferior: elevar perna a 30° deitado por 5 s.	0=sem queda; 1=queda, mas não atinge o leito; 2=força contra gravidade, mas não sustenta; 3=sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; 4=sem movimento. MSD_____ MSE_____ MID_____ MIE_____
7. Ataxia apendicular	0=sem ataxia (ou afásico, hemiplégico); 1=ataxia em membro superior ou inferior; 2=ataxia em membro superior e inferior.
8. Sensibilidade dolorosa	0=normal; 1=déficit unilateral mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso); 2=paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral.
9. Linguagem	0=normal; 1=afasia leve-moderada (compreensível); 2=afasia severa (quase sem troca de informações); 3=mudo, afasia global, coma.
10. Disartria	0=normal; 1=leve a moderada; 2=severa, ininteligível ou mudo; X=intubado.
11. Extinção/negligência	0=normal; 1=negligência ou extinção em uma modalidade sensorial; 2=negligência em mais de uma modalidade sensorial.

## Anexo II - Índice de BARTHEL Modificado (IBM)

<b>A. Alimentação</b>
1. Dependente. Precisa ser alimentado.
2. Assistência ativa durante toda tarefa.
3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato).
4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite.
5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário.
<b>B. Higiene pessoal</b>
1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal.
2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas.
3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas.
4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas.
5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes e fazer a barba. Inclusive usar um barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador, assim como alcança-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiarem e fazer penteados, se usar.
<b>C. Uso do banheiro</b>
1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa.
2. Assistência em todos os aspectos das tarefas.
3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos.
4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.
5. Independente em todos os passos. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, de esvaziá-lo e limpá-lo.
<b>D. Banho</b>
1. Dependente em todos os passos. Não participa.
2. Assistência em todos os aspectos.
3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas.
4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência.
5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.
<b>E. Continência do esfíncter anal</b>
1. Incontinente.
2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatórias de evacuação.
3. Assistência para o uso das técnicas facilitatórias e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais.
4. Supervisão ou ajuda para pôr o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional.
5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário.
<b>F. Continência do esfíncter vesical</b>
1. Incontinente. Uso de cateter interno.
2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo.

3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência e dispositivos.
4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manejar um dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter).
5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos.
<b>G. Vestir-se</b>
1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa.
2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma.
3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa.
4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarrar sapatos, sutiã, e etc.
5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda roupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Essa atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas.
<b>H. Transferências (cama – cadeira)</b>
1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas).
2. Participa da transferência, mas necessita de assistência máxima em todos os aspectos da transferência.
3. Assistência em algum dos passos desta atividade.
4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.
5. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar a sentar-se nela e voltar à cadeira de rodas.
<b>I. Subir e descer escadas</b>
1. Incapaz de usar degraus.
2. Assistência em todos os aspectos.
3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos dessa tarefa.
4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco.
5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas ou muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer.
<b>J. Deambulação</b>
1. Dependente na deambulação. Não participa.
2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação.
3. Assistência necessária para alcançar apoio e para deambular.
4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou perigo durante um percurso de 50 metros.
5. Independente. Pode caminhar ao menos 50m sem ajuda ou supervisão. Pode usar órteses, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso.
<b>K. Manuseio da cadeira de rodas (alternativo para deambulação)</b>
1. Dependente na ambulacão em cadeira de rodas.
2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.
3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro, etc.
4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em descer e subir degraus, guias.
5. Independente no uso da cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50m.

### Anexo III - Índice de Atividades de FRENCHAY

#### Nos últimos 3 meses com que frequência você:

	Preparava o almoço ou jantar	0: nunca
	Lavava e secava os pratos, bem como organizava	1: < 1 vez na semana 2: 1-2 vezes na semana 3: mais dias
	Organizava a lavagem de roupas (a mão ou em lavanderia)	0: nunca 1: 1-2 vezes/3meses 2: 3-12 vezes/ 3meses 3: > 1 vez na semana
	Realizava trabalhos domésticos leves (como tirar pó e organizar objetos pequenos)	
	Realizava trabalhos domésticos pesados (estender as camas, limpar o chão, mover cadeiras, etc)	
	Realizava as compras da casa	
	Participava de atividades sociais como: ir a igreja, ao cinema, na casa de amigos, sair para beber alguma coisa. (podia ser levado até os locais, porém devia tomar parte ativa ao chegar no local)	
	Caminhava fora > 15 min, distancia próxima 1.5 Km (pode incluir caminhada até local onde fazia compras da casa, desde que mantém distancia razoável)	
	Praticava atividades de lazer que envolvessem atividade física: jogos, esporte (não inclui assistir esporte na TV)	
	Dirigia carro, pegava ônibus (ia até o ponto caminhando)	

#### Nos últimos 6 meses com que frequência você:

	Viajava de ônibus ou carro somente por prazer (deve envolver alguma “tomada de decisão” do paciente. Exclui viagens nas quais sua participação for somente passiva, como nas excursões)	0: nunca 1: 1-2 vezes no mês 2: 3-12 vezes no mês 3: > 1 vez/ semana
	Realizava jardinagem fora de casa (leve: ocasionalmente retirava ervas daninhas; moderada: regularmente retirava ervas daninhas, podava, etc.; intensa: realizava trabalho que fosse necessário, inclusive fazia buracos no chão)	0: nunca
	Realizava a manutenção da casa (leve: reparo de pequenas coisas; moderado: pintava e decorava a casa, manutenção de rotina do carro; intenso: todas as tarefas de casa, incluindo manutenção da casa e carro)	1: leve 2: moderado 3: quando necessário
	Quantos livros completos e extensos o Sr (a) lia (não inclui revistas, jornais e periódicos)	0: nunca 1: 1 em 6 meses 2: <1/quinzena 3: > 1/quinzena
	Possuía trabalho remunerado (não inclui trabalho voluntário)	0: nenhum 1: > 10h na semana 2: 10 – 30 horas/semana 3: > 30 horas /semana

## Anexo IV- Questionário de Integração na Comunidade



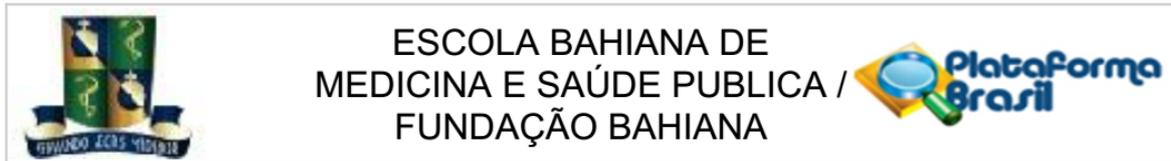
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA I  
CURSO DE FISIOTERAPIA (BACHARELADO)

FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O  
DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



<b>BLOCO 6. Instrumento de Integração na Comunidade (CIQ)</b>	
<b>Integração no ambiente doméstico</b>	
50. Quem geralmente compra comida e outras necessidades básicas na sua casa? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa	51. Quem geralmente prepara (cozinha) ou aquece ou serve a comida na sua casa? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa
52. Quem geralmente faz o trabalho doméstico diário na sua casa? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa	53. Quem geralmente se responsabiliza (cuida) das crianças/filhos na sua casa? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa (*) Não se aplica, não há menores de 17 anos na casa
54. Quem geralmente tem a iniciativa ou organiza atividades sociais como encontros com a família e amigos? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa	
<b>Integração no ambiente social</b>	
55. Quem geralmente cuida das questões de dinheiro como contas bancárias ou pagamento de contas? (2) Você sozinho (1) Você e outra pessoa (0) Outra pessoa	56. Aproximadamente, quantas vezes por mês você sai de casa para fazer compras? (2) 5 ou mais vezes (1) 1 a 4 vezes (0) Nunca
57. Aproximadamente, quantas vezes por mês você participa de atividades para se divertir fora de casa? (2) 5 ou mais vezes (1) 1 a 4 vezes (0) Nunca	58. Aproximadamente, quantas vezes por mês você visita seus amigos ou parentes? (2) 5 ou mais vezes (1) 1 a 4 vezes (0) Nunca
59. Quando você participa de atividades para se divertir você geralmente faz isso sozinho ou com outras pessoas? (0) Na maioria das vezes sozinho (1) Na maioria das vezes com amigos que também tiveram AVC (1) Na maioria das vezes com familiares (2) Na maioria das vezes com amigos que não tiveram AVC (2) Com familiares junto com amigos	60. Você tem um grande amigo em quem você pode confiar? (0) Não (2) Sim
<b>Integração no ambiente do trabalho e da escola</b>	
61. Com que frequência você viaja? (2) Quase todos os dias (1) Quase toda semana (0) Raramente/nunca. Menos de uma vez por semana	62. Por favor, escolha a melhor resposta que corresponda a sua situação de trabalho atual? Tempo integral Um turno Não está estudando ou fazendo curso para capacitação Não se aplica (por incapacidade)
63. No último mês, com qual frequência você participou de atividades voluntárias? 5 ou mais vezes 1 a 4 vezes Nunca	Observação: Se encontra-se aposentado devido a idade, a variável Trabalho-Escola será baseada apenas na questão 63 (atividades voluntárias). Se aposentou, elaborar escore da seguinte forma: No mês passado, quantas vezes você se engajou em atividades voluntárias: (2) 5 ou mais vezes (1) 1 a 4 vezes (0) Nunca
<b>Escore das variáveis relativas ao Trabalho-Escola (Questões 61-63)</b>	
Essas questões, embora coletadas individualmente, serão combinadas para formar uma variável Trabalho-Escola	
Não está trabalhando, não está procurando trabalho, não está frequentando a escola, não está participando de atividades voluntárias	0
Participa de atividades voluntárias 1 a 4 vezes ao mês e não está trabalhando ou frequentando a escola	1
Está ativamente procurando trabalhar e/ou atua voluntariamente 5 ou mais vezes por mês	2
Frequenta a escola ou o trabalho por um período (menos de 20 horas semanais)	3
Frequenta escola ou trabalho em tempo integral	4
Frequenta escola em tempo integral e o trabalho em um período	5

## Anexo V - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR

**Pesquisador:** Elen Beatriz Carneiro Pinto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26412814.3.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 738.565

**Data da Relatoria:** 23/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores propõem levantamento de características demográfica, clínicas e funcionais de pacientes portadores de Acidente Vascular Cerebral(AVC), admitidos na Unidade de AVC do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Deverá ser realizada etapa retrospectiva, com revisão de registros e prontuários e, a partir da aprovação pelo CEP, etapa longitudinal prospectiva com aplicação de escalas padronizadas no atendimento desses pacientes, que envolvem entrevista e exame neurológico. Os pacientes serão acompanhados até a alta hospitalar e monitorados por contato telefônico seis meses após a alta.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as características clínicas, funcionais e sociodemográficas dos pacientes internado em uma Unidade de AVC.

Objetivo Secundário:

Em pacientes internados na Unidade de AVC do HGRS na cidade de Salvador, Bahia, visamos: 1.

**Endereço:** RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

**Bairro:** NAZARÉ

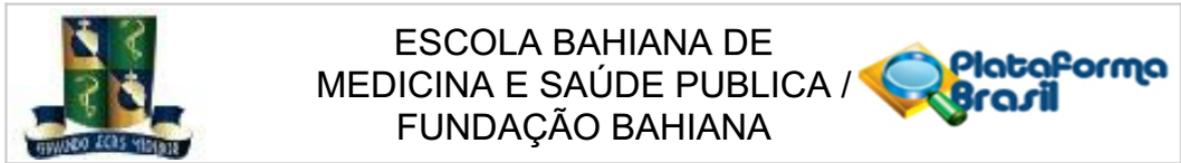
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-2944

**CEP:** 40.050-420

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 738.565

Avaliar a

evolução da mobilidade e da capacidade

funcional desde a admissão até a alta hospitalar.2. Verificar os fatores que contribuem para melhor evolução da mobilidade durante o período de internação.3. Identificar as variáveis que se associam com melhor desfecho funcional no momento da alta hospitalar e após seis meses.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Haverá a preocupação em estabelecer estratégias para minimizar qualquer constrangimento decorrente da aplicação das escalas. Além disso, serão tomadas todas as precauções necessárias para prevenir a ocorrência de quedas durante a avaliação. O fato de o paciente estar numa unidade fechada com presença constante de equipe médica, torna possível o atendimento imediato no caso de qualquer eventualidade. Benefícios:

Esta pesquisa possibilitará aos profissionais de saúde um maior conhecimento sobre o tema abordado, possibilitando medidas preventivas em indivíduos com as mesmas dificuldades decorrentes do AVC. A presença de pesquisas no HGRS, assim como em outros serviços de saúde, incentiva e execução de práticas atualizadas que se difundem no serviço e alcançam os profissionais do setor. Além disso, estimula a busca constante de informações e a pesquisa científica, trazendo benefícios para os profissionais e conseqüentemente para os usuários do hospital.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo aborda assunto relevante, o conhecimento do perfil desses pacientes em nosso meio, pode contribuir para melhor compreensão e possibilidade de planejamento preventivo, além de oferecer informações sobre condições de complicações e de reabilitação pós alta que podem contribuir para melhor entendimento de estratégias para controle de pacientes vítimas de AVC.

**Endereço:** RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

**Bairro:** NAZARÉ

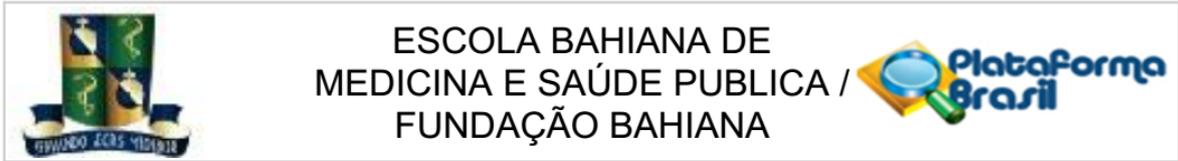
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.050-420

**Telefone:** (71)2101-2944

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 738.565

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

Adequadamente anexados, inclusive a carta de anuência do HGRS assinada pela Diretora Técnica e o relato do devido armazenamento dos questionários aplicados para coleta.

**Recomendações:**

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

Sanadas as pendências anteriormente assinaladas relativas ao armazenamento dos dados e anexada a carta de anuência da Diretoria do HGRS, o projeto garante o atendimento aos princípios básicos da bioética para pesquisa com seres humanos preconizados pela Res. 466/12 do CNS: autonomia dos participantes, equidade, beneficência e não maleficência.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**XI ç DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

**Endereço:** RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

**Bairro:** NAZARÉ

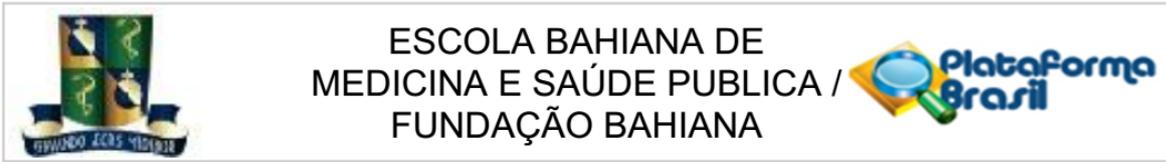
**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-2944

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.050-420

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 738.565

SALVADOR, 05 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**Roseny Ferreira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** RUA FREI HENRIQUE, Nº 08.

**Bairro:** NAZARÉ

**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-2944

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.050-420

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br