



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA** FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ALEXANDRE JOSÉ VASCONCELOS RODRIGUES CARVALHO

***IMPACTO NA PARTICIPAÇÃO DO DOENTE APÓS AVC***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROF. DOUTOR JOÃO PÁSCOA PINHEIRO  
DR. JOÃO BRANCO

ABRIL 2020



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# IMPACTO NA PARTICIPAÇÃO DO DOENTE APÓS AVC

Alexandre José Vasconcelos R. Carvalho<sup>1</sup>

João Paulo Neves Branco<sup>1,2</sup>

João José Carreiro Páscoa Pinheiro<sup>1,2</sup>

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## **Contactos**

Morada Institucional: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Polo das Ciências da Saúde-Azinhaga de Santa Comba, Celas - 3000-548 Coimbra

E-mail: alexandrejvrc@gmail.com

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**AVC**- Acidente Vascular Cerebral

**CHUC**- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**CIF**- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CMRRC-RP**- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

**DGS**- Direcção Geral de Saúde

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**MIF**- Medida de Escala Funcional

**OMS**- Organização Mundial de Saúde

**PAPM**- Perfil de Atividades e Participação relacionado com a Mobilidade

*Aos meus pais, irmão  
e família.*

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC), embora em claro declínio, é a primeira causa de morte em Portugal e a segunda em todo o mundo. Com a redução da mortalidade, os sobreviventes vão apresentar alguma forma de incapacidade crónica com impacto social, nomeadamente a participação.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional analítico, prospetivo, transversal e multicêntrico. Foram avaliados 12 participantes, com idades compreendidas entre os 45 e 80 anos de idade e com AVC há mais de 6 meses. Foi pedido a cada um dos participantes que respondesse aos questionários: 1- Questionário Sociodemográfico; 2- Perfil de Atividades e Participação relacionado com a Mobilidade (PAPM); 3- EQ-5D; 4- Medida de Escala Funcional (MIF). Efectuou-se o estudo estatístico recorrendo ao SPSS 25 para Windows. Recorreu-se aos testes Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade das variáveis quantitativas. Para avaliar a existência de correlação entre variáveis quantitativas determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman e aplicou-se o teste à sua significância. De forma a comparar variáveis quantitativas entre dois grupos, aplicou-se o teste Mann-Whitney.

**Resultados:** Verificou-se que os doentes que apresentavam maior independência funcional (MIF) se associavam a menor dificuldade de participação (PAPM) ( $r_s(12)=-0.970$ ,  $p<0.001$ ).

Entre as 2 componentes da escala MIF (Motora e Cognitiva) e a participação (PAPM) constatou-se que a componente Motora estaria mais fortemente relacionada ( $r_s(12)=-0.944$ ,  $p<0.001$ ) com a participação do que a componente Cognitiva ( $r_s(12)=-0.642$ ,  $p=0.024$ ), sendo as 2 componentes independentes entre si ( $r_s(12)=0.535$ ,  $p=0.073$ ).

Observou-se também que a menor qualidade de vida (EQ-5D) estava relacionada com maiores dificuldades de participação na escala PAPM ( $r_s(12)=-0.670$ ,  $p=0.017$ ). Constatou-se ainda que os doentes que frequentavam programas de reabilitação estavam associados a maiores dificuldades de participação na escala PAPM ( $p=0.100$ ).

O grupo com maior dificuldade de participação (PAPM), estava ainda associado à necessidade de cuidador ( $p=0.028$ ), não se observando relação entre os níveis de participação (PAPM) e o lado de apresentação da lateralidade ( $p=1.000$ ).

**Discussão:** No presente estudo, a capacidade funcional mostrou um importante factor de relação com a participação, mais propriamente na componente motora da escala MIF. Observou-se também que os sobreviventes de AVC com piores níveis de participação

estariam associados a programas de reabilitação, pior qualidade de vida e a maior necessidade de cuidador, sem que se verificasse relação com o lado de apresentação da lateralidade

**Conclusão:** Os sobreviventes de AVC que apresentem pior funcionalidade, principalmente na componente motora da escala MIF, que necessitem de cuidador e com piores níveis de qualidade de vida, estão associados a piores níveis de participação social.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Participação, Funcionalidade, Cognição, Qualidade de Vida, Cuidador, Programas de Reabilitação, Lateralidade

## ABSTRACT

**Introduction:** Although stroke cases are in clear decline, it still is the leading cause of death in Portugal and the second in the world. With the reduction in mortality, survivors will present some form of chronic disability with social impact, namely social participation.

**Methods:** An observational, analytical, cross-sectional, and multicenter study was carried out. Twelve (12) participants were selected, aged between forty-five (45) and eighty (80) years of age and with a stroke for more than six (6) months. Each participant was asked to answer each one of the following questionnaires: 1 - Sociodemographic Questionnaire; 2 - Profile of Activities and Participation related to Mobility (PAPM); 3 - EQ-5D; 4 - Functional Independence Measure (FIM). Shapiro-Wilk tests were used to assess the normality of quantitative variables. To assess the existence of correlation between quantitative variables, Spearman's correlation coefficient was determined, and the test was applied to its significance. In order to compare quantitative variables between two groups, the Mann-Whitney test was applied.

**Results:** It was found that greater functional independence (FIM) corresponded to less difficulty in participation (PAPM) ( $r_s(12) = -0.970, p < 0.001$ ).

Between the components of the FIM and participation (PAPM) it was found that the Motor component would be more strongly related ( $r_s(12) = -0.944, p < 0.001$ ) than the Cognitive component ( $r_s(12) = -0.642, p = 0.024$ ), these being independent from each other ( $r_s(12) = 0.535, p = 0.073$ ).

It was also observed that the lower quality of life (EQ-5D) was related to greater difficulties in participating in the PAPM scale ( $r_s(12) = -0.670, p = 0.017$ ). It was also found that the population related with rehabilitation programs was associated with greater difficulties in participation within the PAPM scale ( $p = 0.100$ ).

The group with the greatest difficulty in participation (PAPM) was also associated with the need for a caregiver ( $p = 0.028$ ), with no relation between the levels of participation (PAPM) and the side of lateralization ( $p = 1,000$ ).

**Discussion:** In the present study, functional capacity showed an important relation factor with participation, specifically in the motor component of FIM scale. It was also observed that stroke survivors with worse levels of participation would be associated with rehabilitation programs, worse quality of life and greater need for caregivers, without any relation with the lateralization side.



**Conclusion:** Stroke survivors who have worse functionality, especially in the Motor subscale, who need a caregiver and with worse levels of quality of life, are associated with worse levels of social participation.

**Keyword:** Stroke, Participation, Functionality, Cognition, Quality of Life, Caregiver, Rehabilitation Programs, Laterality

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia de início súbito que afeta uma zona limitada do cérebro com redução do suprimento sanguíneo, podendo ter uma natureza isquémica ou hemorrágica. O AVC isquémico corresponde a 85% dos casos, podendo ter etiologia trombótica ou embólica. Em Portugal constitui a primeira causa de morte e incapacidade permanente, com uma vítima a cada 3 horas e uma incidência de 2/1000 habitantes.<sup>1-3</sup>

Ao longo dos últimos anos, a taxa de mortalidade por AVC tem vindo em claro declínio, porém 50% dos que sobrevivem vão apresentar alguma forma de incapacidade crónica com impacto social, de tal forma que ao fim de um ano 30% dos doentes acabam por falecer e 40% ficam incapacitados em algum nível.<sup>1,4</sup>

As deficiências causadas pelo AVC podem ter variadas etiologias que, embora heterogéneas, geram incapacidade a diferentes níveis como o motor, da linguagem, somatosensorial ou cognitivo. <sup>3</sup> É natural que diferentes áreas cerebrais correspondam a diferentes funções, nesse sentido, as manifestações de um AVC dependerão da área e extensão lesada, bem como do tempo necessário para se iniciar o tratamento da fase aguda, importando salientar a máxima “Tempo é cérebro” <sup>2</sup>.

A longo prazo, os domínios que mais impacto sofrem são a força muscular e a destreza manual que, de forma quase intuitiva, nos permitem perceber que têm um elevado impacto quer na participação quer na qualidade de vida. <sup>3,5,6</sup>

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que tinha como principal objetivo universalizar de forma padronizada a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Nesta mesma escala distinguiu dois termos, a funcionalidade (corpo) e a incapacidade (restrição de actividade/participação). A funcionalidade englobaria as funções do corpo, actividades e participação e, do lado oposto, a incapacidade incluiria deficiências ou limitações/restrições à actividade/participação. Assim, surge a definição de Participação como o “envolvimento em situações de vida diária.”, representando a perspectiva social da funcionalidade. <sup>7</sup>

Na mesma Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é salientada a limitação quer na actividade quer na participação que os sobreviventes de AVC manifestam a longo prazo.<sup>3,7</sup> Tendo em conta o aumento da incidência, a seriedade e a incapacidade a longo prazo dos doentes que sofrem AVC, a necessidade e importância

de terapia de reabilitação por longos períodos de tempo tem ganho relevância. <sup>5,8</sup> Deste modo, a terapia de reabilitação terá como objectivo não só promover a funcionalidade/actividade bem como qualidade de vida, numa perspectiva centrada na pessoa e com uma abordagem multidisciplinar. <sup>3,4,5</sup>

A OMS define qualidade de vida como “a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida, num contexto cultural e do sistema de valores da comunidade em que se insere, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. <sup>9</sup> Desta forma, o conceito de qualidade de vida reflete sentimentos pessoais, o que por si só demonstra subjectividade. <sup>7,9,10</sup>

O presente estudo tem como principal objectivo avaliar a participação social após um episódio de AVC. Neste sentido o estudo tem como objectivos: (1) avaliar a relação entre a independência funcional e a participação social, (2) estudar a relação entre a qualidade de vida e a participação social, (3) analisar de que forma os programas de reabilitação condicionam a participação, (4) comparar a necessidade de cuidador com a participação social e (5) perceber se há relação entre o lado em que se verifica a lateralidade e a participação social.

## **MATERIAS E MÉTODOS**

### **1. Tipo de estudo, amostra e período avaliado**

Trata-se de um estudo observacional analítico, prospetivo, transversal e multicêntrico com análise de dados relativos a uma amostra de 12 utentes com antecedente de AVC, no primeiro trimestre de 2020.

### **2. Fonte de dados**

Foram incluídos 12 utentes, com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos, com AVC há mais de 6 meses e seguidos em consulta de Neurologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) ou no Centro de Medicina de Reabilitação da região centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP). Do estudo foram excluídos todos os utentes que por limitação ou incapacidade não se mostraram capazes de compreender e responder a cada um dos questionários.

### **3. Variáveis e Métodos Estatísticos**

A amostra foi obtida a partir da resposta direta a 5 questionários (ANEXO I, II, III, IV e V) aplicados pelo Investigador Principal. Após o preenchimento do Consentimento Informado (ANEXO I) bem como o esclarecimento de dúvidas resultantes dos procedimentos posteriores, os doentes foram inquiridos com recurso a cada um dos questionários.

Foram analisadas as seguintes variáveis (Anexo II):

- Sociodemográficas:
  - Sexo
  - Data de Nascimento/Idade
  - Estado Civil
  - Habilitações Literárias
  - Meio Habitacional (Rural/Urbano)
  - Índice de Massa Corporal (altura/peso)

- Local de residência (pré e pós-AVC)
  - Medicação Habitual
  - Hábitos alcoólicos ou tabágicos (pré e pós-AVC)
  - Antecedentes Patológicos
  - Situação profissional (pré e pós-AVC)
  - Actividades de Lazer (pré e pós-AVC)
- Clínicas:
    - Data do AVC e da avaliação
    - Classificação do tipo de AVC (Isquémico/Hemorrágico)
    - Terapêuticas utilizadas em fase aguda (Fibrinólise/Trombectomia)
    - Lateralidade (esquerda/direita/sem lateralidade)
    - Realização de Programas de Reabilitação (local e temporalidade)
    - Necessidade de cuidador

Procedeu-se a uma estimativa da participação social pelo questionário Perfil de Atividades e Participação relacionado com a Mobilidade (PAPM – ANEXO III) validado para a população portuguesa.<sup>11</sup> O PAPM é constituído por 18 itens que avaliam as dificuldades de um indivíduo em realizar atividades da vida diária. Cada um desses itens refere-se a “atividades relacionadas com as interações e relações sociais, educação, emprego, gestão do dinheiro e da vida comunitária e social.”. Os itens são então “cotados de 0 a 4 e um não se aplica (N.A), no qual 0 representa “sem dificuldade”, 1 “dificuldade ligeira”, 2 “dificuldade moderada”, 3 “dificuldade severa”, 4 “dificuldade completa”, NA “não se aplica”.<sup>11</sup> Para se obter a pontuação total é feito o quociente entre o somatório da pontuação em cada item respondido (0-4) pelo número de itens respondidos. Quanto maior a pontuação final, pior o perfil de participação social de cada um dos questionados, segundo os qualificadores da ICF.

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário EQ-5D (Anexo IV) que é um instrumento que, através da medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, permite obter um valor do estado de saúde de um indivíduo. Neste questionário a saúde é descrita em “cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Assim sendo, este

sistema permite descrever um total de  $35 = 243$  estados de saúde distintos. “.<sup>12</sup> No preenchimento do termómetro EQ-VAS, o inquirido auto-avalia o seu estado de saúde no momento, atribuindo um valor entre 0 (o pior estado de saúde imaginável) e 100 (o melhor estado de saúde imaginável).

Após a aplicação da técnica de regressão generalizada dos mínimos quadrados, é possível associar-se um valor a um estado de saúde específico. “Este valor situa-se numa escala de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos correspondentes a estados de saúde considerados como piores do que morte”.<sup>12</sup>

Quanto à avaliação da independência funcional, foi utilizada a escala de Medida de Escala Funcional (MIF- Anexo V). Esta escala permite aferir sobre a severidade da incapacidade de cada inquirido estando dividida em duas componentes: a componente motora, com 13 itens e a componente da cognição, com 5 itens. A cada item é atribuído um score entre 1 (total assistência) e 7 (independência completa). O score total desta escala varia, portanto entre 18 (dependência funcional completa) e 126 (independência funcional).<sup>13</sup> Conforme a Norma 054/2011 da Direção Geral de Saúde (DGS), na a alínea h), a Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação após AVC deve considerar a componente motora para avaliação da severidade de um AVC sendo ligeiro se  $MIF \text{ motor} > 62$ , grave se  $MIF < 38$  e moderado se  $38 < MIF \text{ motor} < 62$ .<sup>14</sup>

#### **4. Análise de dados**

A avaliação da normalidade das variáveis quantitativas foi realizada com recurso aos testes Shapiro-Wilk.

As variáveis quantitativas foram descritas pelas suas medianas, primeiro e terceiro quartis, mínimos e máximos. As variáveis qualitativas foram representadas pelas suas frequências absolutas e relativas. Construíram-se gráficos de dispersão para representar a distribuição de dados bivariados.

Para avaliar a existência de correlação entre variáveis quantitativas determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman e aplicou-se o teste à sua significância. De forma a comparar variáveis quantitativas entre dois grupos, aplicou-se o teste Mann-Whitney.

O nível de significância adotado no estudo foi de 0,05. Toda a análise estatística foi realizada usando o Microsoft Excel e o software IBM SPSS Statistics 25.

## RESULTADOS

### Análise Descritiva

A análise sociodemográfica e clínica da amostra encontra-se na Tabela I. Dos 12 inquiridos, a maioria eram do sexo masculino (58.3%, n=7), tinham uma mediana etária de 62 anos, com um máximo de 80 e mínimo de 53 anos, eram casados (50%, n=6), tinham um Índice de Massa Corporal (IMC) com mediana de 30.4, com máximo de 32.9 e mínimo 25.0, e habitavam em meio rural (66.7%, n= 8). Antes do AVC a maioria trabalhava (66.7%, n=8), habitava em residência própria (91.7%, n=11) e não tinha hábitos tabágicos (83.3%, n=10) nem etílicos (83.3%, n=10). Após o AVC a maioria dos inquiridos não trabalhava (50%, n=6), habitava na própria residência (83.3%, n=10), não tinha hábitos etílicos (91.7%, n=11) e nenhum tinha hábitos tabágicos (100%, n=12).

Relativamente à clínica, a maioria dos inquiridos teve um AVC de etiologia indeterminada (50%, n=6) sendo que, dos AVCs com etiologia conhecida, a maioria foi isquémica (41,7%, n=5). A maioria dos inquiridos também não soube especificar o tratamento realizado na fase aguda (83.3%, n=10), apresentando-se com lateralidade direita (58.3%, n=7). Além disso, a maioria dos inquiridos realizou programas de reabilitação (75%, n=9) por um tempo mediano de 55 meses, com máximo de 195 meses e mínimo de 6 meses. Na amostra a mediana de tempo ocorrido após o AVC foi de 21 meses, com máximo de 195 e mínimo de 7 meses.



**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra**

| Variáveis   | Medidas descritivas            |           |
|---|--------------------------------|-----------|
| Sexo*   | Feminino                       | 5 (41.7)  |
|   | Masculino                      | 7 (58.3)  |
| Escolaridade*   | Ensino Básico                  | 10 (83.4) |
|   | Ensino Secundário              | 1 (8.3)   |
|   | Ensino Superior                | 1 (8.3)   |
| Estado Civil*   | Solteiro/a                     | 1 (8.3)   |
|   | Casado/a                       | 6 (50.0)  |
|   | Divorciado/a                   | 2 (16.7)  |
|   | Viúvo/a                        | 3 (25.0)  |
| Meio onde habita*   | Urbano                         | 1 (8.3)   |
|   | Rural                          | 8 (66.7)  |
|   | Rural-Urbano                   | 3 (25.0)  |
| Atividade laboral pré-AVC*                                    | Não                            | 3 (25.0)  |
|   | Sim                            | 8 (66.7)  |
| Atividade laboral atual*                                      | Não                            | 6 (50.0)  |
|   | Sim                            | 2 (16.7)  |
| Etiologia AVC*  | Isquémico                      | 5 (41.7)  |
|   | Hemorrágico                    | 1 (8.3)   |
|   | Indeterminado                  | 6 (50.0)  |
| Lateralidade*   | Esquerda                       | 5 (41.7)  |
|   | Direita                        | 7 (58.3)  |
| Cuidador*   | Cônjuge                        | 6 (50.0)  |
|   | Mãe                            | 1 (8.3)   |
| Realizou programas de reabilitação*                           | Não                            | 3 (25.0)  |
|   | Sim                            | 9 (75.0)  |
| Idade (em anos) <sup>+</sup>                                  | 62.0 (58.5; 67.0); 53.0 – 80.0 |           |
| IMC <sup>+</sup>  | 30.4 (28.7, 31.4); 25.0 – 32.9 |           |
| Tempo após o AVC (em meses) <sup>+</sup>                      | 21.0 (8.0, 59.0); 7.0 – 195.0  |           |
| Duração dos programas de reabilitação (em meses) <sup>+</sup> | 55.0 (6.0, 195.0); 6.0 – 195.0 |           |

\*n (%)      <sup>+</sup>Mediana (1<sup>o</sup> Q; 3<sup>o</sup> Q); mínimo - máximo

Na Tabela II apresentam-se os resultados do questionário EQ-5D. É de salientar que o único grupo que não teve qualquer resposta com o máximo de 3 foi o grupo da mobilidade, embora todos os grupos do questionário tenham apresentado uma mediana de 2.

**Tabela 2 - Perfil da amostra nos diferentes domínios da qualidade de vida do instrumento EQ5D.**

| Escala EQ-5D                     | Mediana (1º Q, 3º Q) | Mínimo - Máximo |
|----------------------------------|----------------------|-----------------|
| MO - Mobilidade                  | 2 (1, 2)             | 1 - 2           |
| CP - Cuidados Pessoais           | 2 (1, 3)             | 1 - 3           |
| AH - Atividades Habituais        | 2 (2, 3)             | 1 - 3           |
| DM – Dor/mal estar               | 2 (2, 3)             | 1 - 3           |
| AD – Ansiedade/depressão         | 2 (1, 2)             | 1 - 3           |
| Total EQ-5D                      | 0.205 (0.067, 0.456) | -0.181 – 0.650  |
| Auto-avaliação qualidade de vida | 50 (44, 75)          | 20 - 100        |

Na Tabela 3 são apresentados os resultados da Escala MIF. Na análise dos resultados da Escala MIF obteve-se uma mediana de 115, com um valor mínimo de 38 e um máximo de 126. Entre as componentes Motora e Cognição, observa-se que quer o valor mínimo de 24 quer o valor máximo de 91, obtidos na componente motora, são maiores que os valores mínimo e máximo da componente cognitiva.

**Tabela 3 - Perfil da amostra nos diferentes domínios da escala MIF**

| Escola MIF                        | Mediana (1º Q; 3º Q) | Mínimo - Máximo |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>Motora</b>                     |                      |                 |
| Cuidados Pessoais                 | 35 (22, 42)          | 6 - 42          |
| Controlo Esfincteriano            | 14 (10, 14)          | 5 - 14          |
| Mobilidade/Transferências         | 20 (13, 21)          | 3 - 21          |
| Locomoção                         | 13 (11, 14)          | 2 - 14          |
| Subtotal Funcionalidade Motora    | 80 (49, 91)          | 24 - 91         |
| <b>Cognição</b>                   |                      |                 |
| Comunicação                       | 14 (12, 14)          | 8 - 14          |
| Cognitivo Social                  | 21 (14, 21)          | 6 - 21          |
| Subtotal Funcionalidade Cognitiva | 34 (25, 35)          | 14 - 35         |
| Total MIF                         | 115 (75, 125)        | 38 - 126        |

Na Tabela 4 são apresentados os resultados da Escala PAPM. A mediana obtida na Escala PAPM foi de 2.5 com o mínimo de 0 e o máximo de 3.9 .

**Tabela 4 – Perfil da amostra da escala PAPM**

| Escola PAPM      | Mediana (1º Q; 3º Q) | Mínimo - Máximo |
|------------------|----------------------|-----------------|
| Score Total PAPM | 2.5 (0.2, 3.2)       | 0.0 - 3.9       |

## Hipóteses em estudo

**Tabela 5 - Correlações estatísticas entre os diferentes instrumentos métricos**

|                                 | 1        | 2       | 3        | 4       | 5      |
|---------------------------------|----------|---------|----------|---------|--------|
| 1. Funcionalidade Motora MIF    | 1.000    |         |          |         |        |
| 2. Funcionalidade Cognitiva MIF | 0.535    | 1.000   |          |         |        |
| 3. Total MIF                    | 0.961**  | 0.674*  | 1.000    |         |        |
| 4. Total EQ-5D                  | 0.498    | 0.554   | 0.673*   | 1.000   |        |
| 5. Autoavaliação EQ-5D          | 0.438    | 0.216   | 0.523    | 0.611*  | 1.000  |
| 6. Total PAPM                   | -0.944** | -0.642* | -0.970** | -0.670* | -0.550 |

\* $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.001$

Observou-se uma correlação negativa, muito forte e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala PAPM e o total da escala MIF ( $r_s(12) = -0.970$ ,  $p < 0.001$ ). Isto significa que a tendência verificada é que as pontuações mais altas na escala total MIF correspondem pontuações mais baixas na escala PAPM.

Verificou-se não haver uma correlação estatisticamente significativa entre os totais das componentes Motora e Cognitiva da escala MIF ( $r_s(12) = 0.535$ ,  $p = 0.073$ ).

Constatou-se haver uma correlação negativa, muito forte e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala PAPM e a componente Motora da escala MIF ( $r_s(12) = -0.944$ ,  $p < 0.001$ ). Isto significa que a tendência verificada é que as pontuações mais altas na componente Motora da escala MIF correspondem pontuações mais baixas na escala PAPM.

Notou-se ainda uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala PAPM e a componente Cognitiva da escala MIF ( $r_s(12) = -0.642$ ,  $p = 0.024$ ). Isto significa que a tendência verificada é que as pontuações mais altas na componente Cognitiva da escala MIF correspondem pontuações mais baixas na escala PAPM.

Por último observou-se uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala PAPM e a escala EQ-5D ( $r_s(12) = -0.670$ ,  $p = 0.017$ ). Isto significa que a tendência verificada é que as pontuações mais altas na escala EQ-5D correspondem pontuações mais baixas na escala PAPM.

**Tabela 6 – Correlação estatística entre a realização de programas de reabilitação e a escala PAPM**

|  |           | Escala PAPM          |                 |
|--|-----------|----------------------|-----------------|
|  |           | Mediana (1º Q; 3º Q) | Mínimo - Máximo |
| Realizou Programas de Reabilitação pós-AVC | Não (n=3) | 0.3 (0.0, 2.1)       | 0.0 – 2.1       |
|  | Sim (n=9) | 2.8 (2.5, 3.6)       | 0.0 – 3.9       |

Não há diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da escala PAPM entre os dois grupos ( $p=0.100$ ). Contudo, verifica-se, na amostra em estudo, que as pontuações são mais altas no grupo que realizou programas de reabilitação pós AVC.

**Tabela 7 – Correlação estatística entre a necessidade de cuidador e a escala PAPM**

|                    |           | Escala PAPM          |                 |
|--------------------|-----------|----------------------|-----------------|
|                    |           | Mediana (1º Q; 3º Q) | Mínimo - Máximo |
| Necessita cuidador | Não (n=4) | 0.2 (0.1, 1.2)       | 0.0 – 2.1       |
|                    | Sim (n=8) | 2.8 (2.5, 3.8)       | 0.0 – 3.9       |

Há diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da escala PAPM entre os dois grupos ( $p=0.028$ ). Verifica-se, na amostra em estudo, que as pontuações são mais altas no grupo que necessita de cuidador.

**Tabela 8 – Correlação estatística entre o lado da lateralidade e a escala PAPM**

|              |                | Escala PAPM          |                 |
|--------------|----------------|----------------------|-----------------|
|              |                | Mediana (1º Q; 3º Q) | Mínimo - Máximo |
| Lateralidade | Esquerda (n=5) | 2.6 (2.1, 2.8)       | 0.3 – 2.9       |
|              | Direita (n=7)  | 2.5 (0.0, 3.9)       | 0.0 – 3.9       |

Não há diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da escala PAPM entre os dois grupos ( $p=1.000$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objectivo avaliar a participação social em inquiridos com antecedentes de AVC, bem como a sua relação com factores passíveis de alterar esse importante domínio de qualquer membro inserido numa sociedade. Os factores estudados, bem como a sua relação com a participação social, foram a independência funcional, a qualidade de vida, a realização de programas de reabilitação, a necessidade de cuidador e a lateralidade.

Na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a OMS define participação como “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real”, do mesmo modo, define restrições na participação como “problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real”. De facto, a restrição na participação determina-se comparando a participação de um indivíduo com a esperada num outro indivíduo, sem deficiência, numa mesma cultura/sociedade.<sup>9</sup> Na mesma Classificação afirma que os distúrbios neurológicos, a longo prazo, podem limitar e restringir a participação e a actividade, pelo que os objectivos deste trabalho são de alta relevância.<sup>3,7</sup>

Estudos anteriores salientam a dificuldade que os sobreviventes de AVC apresentam em manter contacto com os seus amigos bem como participar em actividades sociais.<sup>15-17</sup> Esta ausência de participação social é justificada quer pelas questões de mobilidade referentes à viagem quer por problemas relacionados com tecnologia/telefones, da qual se destaca a afasia.<sup>17</sup> De facto, no presente estudo, observou-se uma correlação negativa, muito forte e estatisticamente significativa entre a funcionalidade (MIF) e a participação (PAPM), isto é, inquiridos com pontuações mais altas na escala de MIF (maior independência funcional) obtinham valores mais baixos na escala de PAPM (menor dificuldade na realização de actividades). Constatou-se também não haver correlação estatisticamente significativa entre as componentes da escala MIF (Componente Motora e Componente Cognição), então, inquiridos com pontuações mais altas na componente Motora, não implicam necessariamente maior pontuação na componente Cognitiva e vice-versa, mostrando-se independentes uma da outra. De facto, nas diferentes áreas cerebrais afectadas, correspondendo a diferentes funções corporais, pode haver afecção de áreas puramente motoras ou puramente cognitivas.<sup>2</sup>

Na relação entre cada uma das componentes da escala MIF com a PAPM observamos que ambas mostraram correlação negativa estatisticamente significativa, tendo a componente Motora uma correlação mais forte com os níveis de Participação demonstrados na escala PAPM do que a componente Cognitiva. Assim, em doentes pós-AVC, as Capacidades

Motoras são um melhor indicador da participação social do que as Capacidades Cognitivas. De facto, a participação social não está apenas dependente da capacidade funcional/motora dos sobreviventes de AVC mas sim de uma panóplia de capacidades cognitivas bem mais difíceis de aferir a nível clínico como as capacidades de concentração, planeamento e memória que, a longo prazo, envolvem os sobreviventes de AVC.<sup>5,15</sup>

No estudo da relação entre as escalas EQ-5D e PAPM, constatou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa, em que valores mais elevados na escala EQ-5D se relacionavam com valores mais baixos na escala PAPM, isto é, níveis mais baixos de qualidade de vida estavam relacionados com maiores níveis de dificuldade na realização de tarefas. Estudos anteriores referem que 50% dos sobreviventes de AVC vivem com sequelas que limitam a sua actividade, levando a isolamento social bem como a uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde.<sup>3,5,18</sup>

O acesso a programas de reabilitação multidisciplinares tem vindo a mostrar clara importância nos sobreviventes de AVC revelando resultados não apenas a nível funcional como também a nível cognitivo, contribuindo no aumento da capacidade de participação em actividades do dia-a-dia bem como no aumento funcional e na qualidade de vida.<sup>3,4</sup> O presente estudo mostrou não haver diferenças significativas na escala PAPM entre as populações do grupo com acesso a programas de reabilitação e do grupo sem realização de programas de reabilitação porém, verificou que as pontuações mais altas, na mesma escala, estão associadas ao grupo da população que realizou os programas de reabilitação. Este resultado pode ser desde logo justificado pelo facto de os sobreviventes de AVC com piores níveis de funcionalidade serem os que mais necessitam e beneficiam dos programas de reabilitação pelo que, são estes mesmos sobreviventes os que mais frequentam estes programas. De facto, a importância e efectividade dos programas de reabilitação não é posta em causa já que estes programas têm uma elevada abrangência na melhoria da capacidade funcional quer na componente motora quer na componente cognitiva.

Os programas de reabilitação não são o único componente importante na recuperação dos sobreviventes de AVC, também os cuidadores assumem um importante papel a esse nível. Os cuidadores actuam desde o auxílio em actividades de vida diárias, passando pela cooperação, pela reabilitação e pela intervenção como suporte motivacional e emocional.<sup>6,18</sup> De facto, no presente estudo, constatou-se haver diferenças estatisticamente significativas da escala PAPM entre os dois grupos. As pontuações mais altas estavam relacionadas com o grupo que necessitava de cuidador.

No presente estudo foi ainda procurado relacionar a lateralidade com a participação de cada indivíduo. Constatou-se não haver diferenças significativas na escala PAPM entre os grupos de indivíduos com lateralidade à esquerda e o grupo com lateralidade à direita.

O estudo apresentado foi interrompido pela pandemia de Covid-19 motivo pelo qual foi realizado com um número de participantes tão baixo. Como outras limitações podemos apresentar o facto de as idades dos participantes serem muito dispersantes o mesmo acontecendo com o intervalo de tempo entre as entrevistas e a ocorrência do episódio de AVC, em cada um dos indivíduos.

Por outro lado, o presente estudo revelou-se de elevada relevância, antes de mais devido ao aumento da esperança média de vida bem como dos cuidados de saúde e, por sua vez, dos sobreviventes com AVC. De facto, sendo uma doença com elevada incidência a participação social nestes sobreviventes é um importante tema de reflexão e estudo. Neste estudo foram abordadas questões sem resposta na bibliografia tais como “O que é mais importante para a participação social? A capacidade motora ou a capacidade cognitiva?”. Pelas normas da DGS para classificação da severidade de um AVC, a partir da escala MIF, de entre os 12 participantes foram representados todos os níveis de severidade, o que contribuiu também para uma melhor validação científica. Por todos estes motivos, o estudo apresentado, revela um cariz de elevado interesse científico.



## CONCLUSÃO

Com o presente estudo concluiu-se que em sobreviventes de AVC os níveis de participação estão fortemente relacionados quer com a funcionalidade de um indivíduo, principalmente a sua capacidade motora, quer com a necessidade de cuidador. Apesar da baixa dimensão da amostra, verificou-se que os níveis de participação em indivíduos sobreviventes de AVC estão associados aos seus níveis de qualidade de vida bem como à sua capacidade na componente cognitiva da escala MIF. Verificou-se também que a integração em programas de reabilitação está associada a menores níveis de participação, embora esta relação não seja evidente em termos estatísticos. Por outro lado, os resultados apresentados concluíram que não existe relação entre os níveis de participação e as componentes motora e cognitiva da escala MIF nem relação com o lado de apresentação da lateralidade.

Concluimos assim que, os sobreviventes de AVC que apresentem uma pior funcionalidade, principalmente na componente motora da escala MIF, que necessitem de prestador de cuidados bem como piores níveis de qualidade de vida, são os sobreviventes com piores níveis de participação social, sendo que o lado de apresentação da lateralidade assim como a relação entre as duas componentes da escala MIF de um mesmo inquirido, não se mostrou relevante.

Para futuros estudos aconselha-se um aumento da amostra, a introdução de escalas específicas para a patologia em estudo, bem como a homogeneidade da amostra, mais propriamente nas idades dos inquiridos e no intervalo de tempo ocorrido entre as respostas aos questionários e o episódio de AVC.

## AGRADECIMENTOS

Antes de mais gostaria de agradecer ao Professor Doutor João Páscoa Pinheiro e ao Dr. João Branco pela orientação, disponibilidade e dedicação na realização deste trabalho. Agradeço também ao Professor Doutor João Sargento e ao Dr. João Constantino pela disponibilidade e abertura com que selecionaram doentes para este estudo.

Deixo também o meu agradecimento aos meus pais, irmão, família e amigos. Sou grato por me acompanharem no meu percurso académico e por investirem o vosso tempo no meu crescimento pessoal e profissional bem como por me proporcionarem bem-estar diário e a vossa companhia.

*“Tudo é ousado para quem nada se atreve.”*

Fernando Pessoa

## BIBLIOGRAFIA

1. Rebelo P, Jorge C, Gaudêncio R, Rebelo S. Tudo o que precisa de saber sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC): Manual digital para jornalistas [e-book]; 2016 [citado 2020 Abril 10]. Disponível em: spavc.org
2. Rebelo P, Jorge C, Gaudêncio R, Rebelo S. O essencial sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC): Guia Prático para a população [e-book]; 2016 [citado 2020 Abril 10]. Disponível em: spavc.org
3. Ranford J, Asiello J, Cloutier A, Cortina K, Thorne H, Erler KS, et al. Interdisciplinary Stroke Recovery Research: The Perspective of Occupational Therapists in Acute Care. *Front Neurol.* 2019;10(December):1–6.
4. Mansfield A, Inness EL, Mcilroy WE. Stroke. *Handb Clin Neurol.* 2018;159:205–28.
5. Ytterberg C, Dybäck M, Bergström A, Guidetti S, Eriksson G. Perceived impact of stroke six years after onset, and changes in impact between one and six years. *J Rehabil Med.* 2017;49(8):637–43.
6. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Consequences of stroke in the light of objective and subjective indices: A review of recent literature. *Neurol Neurochir Pol* [Internet]. 2014;48(4):280–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pjnns.2014.07.004>
7. OrganizaWorld Health. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. *Int Classif* [Internet]. 2002;1149:1–22. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
8. Kristensen HK, Tistad M, Von Koch L, Ytterberg C. The importance of patient involvement in stroke rehabilitation. *PLoS One.* 2016;11(6):1–13.
9. World Health Organization. Lisboa 2004. Calssificação Int funcionalidade, incapacidade e saude. 2004;238.
10. Group TW. WHO Quality of Life Scale (WHOQOL). *Psuchological Med.* 1998;28(3):551–8.
11. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis.* 2009;27(SUPPL. 1):204–14.
12. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão

- Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–75.
13. Mackintosh S. Functional Independence Measure. Vol. 55, *Australian Journal of Physiotherapy.* 2009. p. 65–65.
  14. George FHM. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral de Saúde.* 2011;054/2011:1–19.
  15. Northcott S, Moss B, Harrison K, Hilari K. A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and patterns of change. *Clin Rehabil.* 2016;30(8):811–31.
  16. Pallesen H. Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke. *Disabil Rehabil.* 2014;36(3):232–41.
  17. Fotiadou D, Northcott S, Chatzidaki A, Hilari K. Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology* [Internet]. 2014;28(11):1281–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2014.928664>
  18. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(8):1035–42.

## ANEXOS

### Anexo I – Consentimento Informado

## FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:** Avaliação da funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão 6 meses pós-AVC

**PROTOCOLO N.º**

**PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo):** Alexandre José V.R. Carvalho, Cláudia Dinis Antunes, Luís M.S. Mendes

**INVESTIGADOR COORDENADOR** Prof. Doutor João Páscoa Pinheiro

**CENTRO DE ESTUDO** Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

**INVESTIGADOR PRINCIPAL** Dr. João Paulo Neves Branco

**MORADA**

**CONTACTO TELEFÓNICO** 962347766

**NOME DO DOENTE**

**(LETRA DE IMPRENSA)** \_\_\_\_\_

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto do AVC na funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

### **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Este estudo irá decorrer no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com o objectivo de avaliar a funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão 6 meses pós-AVC.

Trata-se de um estudo observacional pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

### **2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO**

#### **2.1. Procedimentos**

Um promotor irá preencher um questionário sócio-demográfico, pesá-lo bem como questioná-lo sobre a sua medicação habitual.

Posteriormente irá aplicar 5 escalas para avaliação dos parâmetros referidos.

#### **2.2. Duração**

Este estudo consiste numa visita única com duração de cerca de 1 hora para recolha de dados com o intuito do preenchimento dos questionários propostos.

#### **Descrição dos Procedimento:**

Serão realizados os seguintes procedimentos/exames:

- Preenchimento de Questionário Sócio-Demográfico
- Medição do Peso
- Preenchimento de 5 escalas
  - EQ-5D
  - MIF
  - HADS
  - SIS

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

-Escala de Participação

### **2.3. Tratamento de dados/ Randomização**

Os dados serão tratados estatisticamente através de um estudo de regressão linear usando software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

### **3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE**

Todos os procedimentos estarão de acordo com as rotinas instituídas nos hospitais de acolhimento. O estudo não apresenta quaisquer riscos e inconvenientes, bem como não altera a evolução fisiológica da sua doença.

### **4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Este estudo tem a vantagem de estudar a sua doença e permitir um melhor conhecimento da progressão da mesma e complicações associadas. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos médicos de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas à sua.

### **5. NOVAS INFORMAÇÕES**

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

### **6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**

No decorrer do estudo não serão efetuados quaisquer tratamentos alternativos para além dos de rotina já instituídos.

### **7. SEGURANÇA**

Durante a sua participação estará sob a cobertura do seguro contratado para o estudo. Embora não se espere que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde, se sofrer alguma lesão física como resultado de quaisquer procedimentos do estudo, realizados de acordo com o protocolo, será reembolsado pelas despesas médicas necessárias para as tratar.

### **8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

### **9. CONFIDENCIALIDADE**

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.



## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, (tais como registos médicos ou resultados de testes), serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica e farmacológica relacionados com o medicamento ou com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido correctamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

### **10. COMPENSACÃO**

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. No entanto, se além da visita prevista, planeada de acordo com a atual prática clínica, lhe forem solicitadas visitas suplementares no âmbito deste estudo, as despesas decorrentes dessas deslocações e eventuais perdas salariais ser-lhe-ão reembolsadas. O Centro de Estudo suportará todos os custos inerentes aos procedimentos das visitas. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

### **11. CONTACTOS**

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,  
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra  
Telefone: 239 857 707  
e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

João Paulo Branco, Médico Fisiatra  
Tel.: 962347766  
Rua António Jardim, nº118, Coimbra 3030-035

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

## Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Nome do Participante** \_\_\_\_\_

**Assinatura :** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome de Testemunha / Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

**Nome do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico

### Questionário Demográfico e Clínico

#### Identificação

Nome (INICIAIS): \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PU: \_\_\_\_\_

Identificação para o estudo: \_\_\_\_\_

Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

#### **A) Estado Civil**

Solteiro  Casado  União de Facto  Separado  Divorciado  
Viúvo

#### **Meio onde vive**

Rural:  Sócio-rural:  Urbano:

#### **Local de Residência (Antes de episódio AVC)**

Residência Própria  Residência de Familiares   
Lar/Cuidados Continuados

#### **Local de Residência (Pós-AVC)**

Residência Própria  Residência de Familiares   
Lar/Cuidados Continuados

#### **Hábitos**

##### Tabagismo

Antes

SIM:  Nº de cigarros por dia:  Há quantos anos: \_\_\_\_\_ UMA: \_\_\_\_\_

NÃO

## Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

Pós-AVC:

SIM:  Nº de cigarros por dia:  Há quantos anos: \_\_\_\_ UMA: \_\_\_\_\_

NÃO

### Álcool

Antes

SIM:  quantidade de álcool/Dia: \_\_\_\_\_

NÃO

Pós-AVC

SIM:  quantidade de álcool/Dia: \_\_\_\_\_

NÃO

Medicação Habitual (no momento): \_\_\_\_\_

---

---

---

### **Atividade Laboral**

Tinha atividade laboral no momento do AVC? SIM  NÃO

Se SIM, qual? \_\_\_\_\_

Atualmente ainda trabalha? SIM  NÃO

Mantém emprego anterior? SIM  NÃO

Caso responda “Não”:

Mudou de funções devido ao AVC? SIM  NÃO

Atual emprego: \_\_\_\_\_

## Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

### Apoio

Necessita de algum tipo de cuidados? SIM  NÃO

Quais? \_\_\_\_\_

Cuidador:

- Esposo/a

- Filho/a (s):

- Neto(s):

- Lar/Centro de Dia

- Outro: \_\_\_\_\_

### Tempos Livres

Atividades de tempos livres antes do AVC:

---

---

---

---

Atividades depois do AVC:

---

---

---

---

### Fisioterapia/reabilitação

Realizou fisioterapia/reabilitação pós-AVC:

SIM  NÃO:

Notas: \_\_\_\_\_

---

---

---

## Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

Data do AVC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Destino pós-alta: \_\_\_\_\_

Etiologia do AVC:  Isquémico  Hemorrágico

Fibrinólise: Sim  NÃO  Trombectomia:  SIM  NÃO

TACI  PACI  LACI  POCI

Lateralidade: Direita  Esquerda  Sem lateralidade



## Anexo III – Perfil de Atividades e Participação relacionado com a Mobilidade

Existem atividades que podem ser condicionadas pela mobilidade e que se relacionam com as interações e relações sociais, a educação, o emprego, a gestão do dinheiro e a vida comunitária e social, podendo influenciar a participação ativa de qualquer pessoa como membro pleno da sociedade.

Relativamente à lista de atividades que se apresenta, refira a dificuldade que sente para as concretizar no seu dia a dia, no seu ambiente natural. Algumas podem não se aplicar ao seu caso; nessas deve assinar a opção NA (Não se aplica).

Deve responder a todos os itens. Assinale as suas respostas através de um círculo, utilizando a seguinte escala:

- 0 Sem dificuldade (nenhuma dificuldade)
- 1 Dificuldade ligeira (pouca dificuldade)
- 2 Dificuldade moderada (alguma dificuldade)
- 3 Dificuldade severa (bastante dificuldade)
- 4 Dificuldade completa (incapaz de realizar)
- NA Não se aplica

Gradue a dificuldade que sente relativamente a cada uma das atividades que se seguem?

|   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|----|
| 1. Tomar conta das atividades domésticas quotidianas (dentro de casa)             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2. Verificar diariamente a caixa do correio ou despejar o lixo                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 3. Visitar familiares e amigos, sempre que desejar                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 4. Receber pessoas em sua casa sempre que desejar                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 5. Relacionar-se com os seus vizinhos e com a comunidade local, em geral          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 6. Zelar pela própria saúde (inclui a toma de medicamentos, ir a consultas, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 7. Tomar conta de outras pessoas (crianças, idosos ou pessoas dependentes)        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 8. Tomar conta de plantas ou animais (se os tiver ou gostasse de ter)             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 9. Ir à escola, universidade, ou outra instituição de formação                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 10. Manter um emprego remunerado  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 11. Gerir as finanças domésticas (fazer compras, pagamentos, etc.)                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 12. Conduzir ou usar transportes públicos para se deslocar onde desejar           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 13. Ir ao café, ao restaurante, a cerimónias ou a reuniões, etc.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 14. Fazer férias (passar alguns dias fora)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 15. Praticar desporto ou exercício físico (como marcha, ciclismo, natação, etc.)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 16. Ir ao cinema, teatro, concertos, exposições, etc.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 17. Ir à igreja regularmente ou sempre que desejar                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 18. Participar em atividades de voluntariado                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |

Perfil de Atividades e Participação relacionado com a Mobilidade © Anabela Correia Martins, 2004, 2016.

## Anexo IV – Escala EQ-5D



### AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim ) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

#### ► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em andar ..... <sub>2</sub>  
Tenho de estar na cama ..... <sub>3</sub>

#### ► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me..... <sub>2</sub>  
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ..... <sub>3</sub>

#### ► Actividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>2</sub>  
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>3</sub>

#### ► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... <sub>1</sub>  
Tenho dores ou mal-estar moderados ..... <sub>2</sub>  
Tenho dores ou mal-estar extremos ..... <sub>3</sub>

#### ► Ansiedade / Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>1</sub>  
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>2</sub>  
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>3</sub>

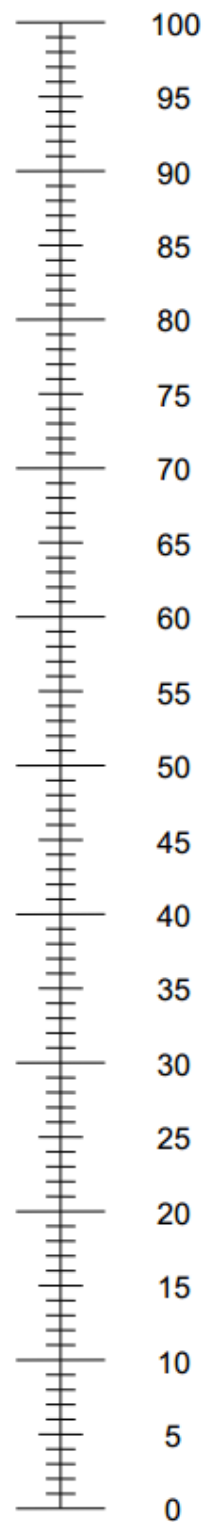
## Anexo IV - Escala EQ-5D (continuação)

### ► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.  
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que  
possa imaginar



A pior saúde que  
possa imaginar

**Muito obrigado por ter preenchido este questionário.**

## Anexo V – Escala de Medida de Independência Funcional

|                   |            |             |            |        |   |  |
|-------------------|------------|-------------|------------|--------|---|--|
| APELIDO _____     | NOME _____ | IDADE _____ | SEXO _____ | P.U.nº | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| DIAGNÓSTICO _____ |            |             |            |        |   |  |

### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

| NÍVEIS                               | 7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)<br>6 Independência modificada (dispositivo)   |                      | SEM AJUDA            |                      |                      |                      |
|--------------------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                      | <b>Dependência modificada</b><br>5 Supervisão<br>4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%)<br>3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%)<br><b>Dependência completa</b><br>2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%)<br>1 Ajuda total (indivíduo <25%) |                      | AJUDA                |                      |                      |                      |
|                                      | SEMANAS OU<br>MESES  | ANTES                | 1M                   | 4M                   | 12M                  |                      |
|                                      | DAYS   |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>AUTO-CUIDADOS</b>                 |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| A. Alimentação                       |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| B. Higiene pessoal                   |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C. Banho                             |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D. Vestir metade superior            |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E. Vestir metade inferior            |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F. Utilização da sanita              |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>CONTROLO DOS ESFINCTERES</b>      |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| G. Bexiga                            |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| H. Intestino                         |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>MOBILIDADE</b>                    |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>TRANSFERÊNCIAS</b>                |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas  |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| J. Sanita                            |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| K. Banheira, Duche                   |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>LOCOMOÇÃO</b>                     |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| L. Marcha Cadeira de Rodas           | ?  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M. Escadas                           |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>COMUNICAÇÃO</b>                   |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| N. Compreensão                       | :  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| O. Expressão                         |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b> |  |                      |                      |                      |                      |                      |
| P. Interação social                  |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Q. Resolução dos problemas           |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| R. Memória                           |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>TOTAL</b>                         |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**NOTA:** Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1.

## Anexo V - Escala de Medida de Independência Funcional (continuação)

| NÍVEIS DE FUNÇÃO         | Dependente - (com ajuda)  |   |  |  |  |   |
|--------------------------|---|---|--|--|--|---|
|                          | Se necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física, sem esta, a actividade não se realiza |   |  |  |  |   |
|                          | DEPENDÊNCIA MODERADA ... a quem realiza, sem mais, 50% do esforço                                   |   | DEPENDÊNCIA COMPLETA ... a quem realiza >50% do esforço                    |  |  |   |
|                          | 1 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO  | 2 AJUDA BEMBA   | 3 AJUDA RESTRITA   | 4 AJUDA MÁXIMA   | 5 AJUDA TOTAL  |   |
| ALIMENTAÇÃO              | <b>A</b><br>AUMENTAR  | g) Não necessita controlo, presença, sujeição ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários na cozinha própria ou em mesa (ajuda técnica) | i) Contacto táctil<br>Sujeito realiza >75% do esforço ou das tarefas       | j) Contacto táctil<br>Sujeito realiza em 50% < 75% do esforço ou das tarefas | k) Sujeito realiza em 25% < 50% do esforço ou das tarefas                                    | l) Sujeito realiza < 25% de esforço ou das tarefas  |
|                          | <b>B</b><br>MANTER ESTABILIDADE   | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante abre recipientes com carne, batedor, manteiga, serve bebidas  | 0 ...  | j ...  | k ...  | l) ou uma gastrostomia ou alimentação parentérica que não administre por si                       |
|                          | <b>C</b><br>LIMPEZA   | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquiagem  | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
|                          | <b>D</b><br>VESTIR (ESTABILIDADE)   | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários  | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
|                          | <b>E</b><br>VESTIR (ESTABILIDADE)   | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante prepara o vestuário ou coloca orthese ou ajuda técnica  | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ... ou não é vestido  |
|                          | <b>F</b><br>UTILIZAÇÃO DA CESTA   | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante prepara o vestuário ou coloca orthese ou ajuda técnica  | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ... ou não é vestido  |
| CONTROLO ESFÉRICO        | <b>G</b><br>ESFERO  | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual   | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
|                          | <b>H</b><br>ESFERO  | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante coloca ou organiza ou tem acidentes de incontinência (<=1x/semana)  | i) para manutenção de coletor externo, ou acidente ocasional (<=1x/semana) | j) para manutenção de coletor interno, ou sem acidente ocasional (<=1x/dia)  | k) molha-se quase diário, deve usar fralda haja ou não sonda ou coletor                      | l) molha-se quase diário, necessita sempre fralda haja ou não sonda ou coletor                    |
| MOBILIDADE TRANSFERÊNCIA | <b>I</b><br>LITIGACIÃO, DEBILIDADE  | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma, pode ter acidente ocasional (<=1x/dia)                                  | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
|                          | <b>J</b><br>LITIGACIÃO, DEBILIDADE  | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual   | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
|                          | <b>K</b><br>LITIGACIÃO, DEBILIDADE  | g) OU h) ex <sup>o</sup> : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.   | 0 ...  | j ...  | k ...  | 0 ...   |
| LOCOMOÇÃO                | <b>L</b><br>MARCHA CAD. BOMAS   | 5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, e ou si auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com)                           | 0 -para percorrer >=45m  | j -para percorrer >=45m  | k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 ad pessoa                                  | l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m                                      |
|                          | <b>M</b><br>ESFERO  | 5-Excepção: Sem Ajuda, em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxílio de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus                            | 0 -para subir e descer 12-14 degraus                                       | j -para subir e descer 12-14 degraus   | k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa                       | l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado |
| COMUNICAÇÃO              | <b>N</b><br>COMUNICAÇÃO   | Compreende conversas básicas >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetição, acentuação pausas, orientação visual gestual)                           | ... (ver atrás) em 75-90% das vezes  | ... (ver atrás) em 50-74% das vezes  | ... 25-49% das vezes, pode só compreender questões ou afirmações simples                     | ... <25%, ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas        |
|                          | <b>O</b><br>COMUNICAÇÃO   | Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >60% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (ex: repetição frequente)                                      | ... (ver atrás) em 75-90% das vezes  | ... (ver atrás) em 50-74% das vezes  | ... 25-49% x pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes     | ... <25% das vezes, ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda     |
| CONDIÇÃO SOCIAL          | <b>P</b><br>MARCHA CAD. BOMAS   | g) -> 50 situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação  | Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes                              | Interage apropriadamente em 50-74% das vezes                                 | Conduz-se apropriadamente em 25-49%. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos | Conduz-se apropriadamente em <25%. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos        |
|                          | <b>Q</b><br>RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS  | g) -para resolver problemas da rotina mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes  | É Resolvo os problemas de rotina E, 75-90% das vezes                       | É E (ver atrás) em 50-74% das vezes  | E...E (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança  | E...E (ver atrás) <25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança         |
|                          | <b>R</b><br>MARCHA CAD. BOMAS   | g) ex <sup>o</sup> : sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes  | Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes                                 | Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes                                   | Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes     | Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra                              |