

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU***  
**NEUROCIÊNCIAS E SUAS INTERFACES**

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E CLÍNICO DE**  
**INDIVÍDUOS APÓS ACIDENTE VASCULAR**  
**ENCEFÁLICO DA UNIDADE DE SAÚDE DO VENEZA –**  
**IPATINGA, MG**

**Belo Horizonte**

**2016**

**DANIELLE REZENDE COSTA**

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E CLÍNICO DE INDIVÍDUOS  
APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DA UNIDADE DE  
SAÚDE DO VENEZA – IPATINGA, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Programa de Pós Graduação *Lato Sensu* em  
Neurociências e suas Interfaces do Instituto de  
Ciências Biológicas da Universidade Federal  
de Minas Gerais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Paula Luciana Scalzo.

**Belo Horizonte**

**2016**

043

Costa, Danielle Rezende

Perfil sócio-econômico e clínico de indivíduos após acidente vascular encefálico da Unidade de Saúde do Veneza - Ipatinga, MG [manuscrito] / Danielle Rezende Costa. - 2016.

22f. : il. ; 29,5 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Paula Luciana Scalzo.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação *Lato Sensu* em Neurociências e suas Interfaces do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Acidente vascular encefálico. 2. Fadiga - Teses. 3. Sistema Único de Saúde. I. Scalzo, Paula Luciana. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado à oportunidade de realizar esta especialização, ter me dado força e sustento para que eu chegasse até aqui.

À minha família, que proporcionou todo suporte necessário, conforto e ajuda para superação de todas as dificuldades.

A todos os professores que transmitiram seus conhecimentos, vivências e experiências a minha bagagem intelectual.

A minha orientadora, Paula, que dedicou seu tempo e paciência para me orientar e ajudar em toda escrita e apresentação.

A todos meus amigos que suportaram minha alegria e estresse do dia a dia e contribuíram para o meu crescimento individual.

Muito obrigada a todos pelo apoio.

## EPÍGRAFE

Quero, tudo quero, sem medo  
entregar meus projetos, deixar-me  
guiar nos caminhos que Deus  
desejou pra mim e ali estar.

Tudo Posso – Celina Borges

## RESUMO

**Objetivo:** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) causa diferentes deficiências, como fraqueza muscular e fadiga, que podem limitar a funcionalidade dos pacientes. Características sócio-demográficas e clínicas destes indivíduos são relevantes para estratégias de intervenção pelo Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Indivíduos com diagnóstico de AVE foram recrutados na Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Veneza, em Ipatinga, MG. Foi aplicado um questionário para coleta de dados sócio-demográficos. Além disso, a Escala de Rankin Modificada (ERM), o Índice de Barthel (IB) e a Escala de Severidade de Fadiga (ESF) foram aplicadas para avaliar o grau de incapacidade, nível de dependência funcional e a presença de fadiga, respectivamente. **Resultados:** Vinte e seis indivíduos com diagnóstico de AVE isquêmico e idade média de 67,9 ( $\pm 11,0$ ) anos participaram do estudo. Quinze (57,7%) apresentaram-se sem sintomas e/ou sem deficiência significativa de acordo com a ERM e 12 (46,2%) eram totalmente independentes, obtendo nota máxima no IB. Dezesete (65,4%) tiveram escore compatível com a presença de fadiga, mas não houve associação desse sintoma com os escores obtidos na ERM e no IB. **Conclusão:** Para os participantes desse estudo, houve conformidade em relação ao grau de incapacidade e de dependência funcional, entretanto, a fadiga foi um sintoma prevalente. A fadiga pode estar relacionada ao uso de vários medicamentos e a falta de atividade física regular. Dessa forma, sugere-se que o atendimento proponha intervenções visando à minimização desse sintoma.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Encefálico; Fadiga; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** Stroke causes different impairments, such as muscle weakness and fatigue, and these symptoms can limit patients' functionality. Social, demographic and clinical characteristics of these patients are relevant for intervention strategies by public health system. **Methods:** Stroke patients were recruited in a Basic Health Unit (BHU) (Veneza) in Ipatinga, MG. A questionnaire with social and demographic characteristics was answered. Moreover, Modified Rankin Scale (MRS), Barthel Index (BI), and Fatigue Severity Scale (FSS) were applied to evaluate incapacity level, functional dependency and presence of fatigue, respectively. **Results:** Twenty-six individuals with ischemic stroke diagnosis and mean age of 67.9 ( $\pm 11.0$ ) were recruited. Fifteen (57.7%) did not have symptoms or deficiencies according to MRS and 12 (46.2%) were totally independent and obtained the highest score in BI. Seventeen (65.4%) showed presence of fatigue, but this was not associated with MRS and BI scores. **Conclusion:** For the participants of this study, there was compliance in relation to the degree of disability and functional dependence, however, fatigue was a prevalent symptom. Fatigue may be related to medication usage or lack of regular physical activity. Hence, interventions in this public health center may focus in strategies to control fatigue.

**Key-words:** Stroke; Fatigue; Unified Health System.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Sistema Único de Saúde.....	3
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
2.1	Objetivo Geral .....	5
2.2	Objetivos Específicos.....	5
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
3.1	Escala de Rankin Modificada.....	6
3.2	Índice de Barthel.....	7
3.3	Escala de Severidade de Fadiga .....	8
3.4	Análise Estatística.....	8
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>20</b>
	<b>ANEXO 1.....</b>	<b>21</b>
	<b>ANEXO 2.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) ocorre em função da alteração do fluxo sanguíneo para o encéfalo e leva à perda súbita da função neurológica (Cruz e Diogo, 2009). Aproximadamente 80% dos casos são de caráter isquêmico, quando um coágulo bloqueia ou impede o fluxo sanguíneo, privando o encéfalo de oxigênio e nutrientes essenciais. No AVE hemorrágico, os vasos são rompidos e causa extravazamento de sangue no interior ou ao redor do encéfalo (O'Sullivan e Schmitz, 2010; Fernandes *et al.*, 2015).

Os fatores de risco para essa afecção neurológica estão divididos em não modificáveis e modificáveis (Lima, 2010; Santos, 2016). Os fatores não modificáveis incluem a idade, sexo, raça e história familiar. Já os fatores modificáveis incluem a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, hipercolesterolemia, tabagismo, uso excessivo do álcool, obesidade, sedentarismo, estresse e também a ocorrência prévia de um acidente vascular isquêmico transitório (AIT) (Lima, 2010; Lima *et al.*, 2015). Esse consiste em um breve episódio de déficit neurológico por isquemia, com sintomas que regridem em até 24 horas (Malcher *et al.*, 2008). Outros fatores de risco potenciais responsáveis pela ocorrência do AVE são o uso de contraceptivos orais e a existência de doenças que provocam aumento no estado de coagulabilidade no sistema circulatório do indivíduo (Lima, 2010; Lopes *et al.*, 2016).

O AVE é a terceira causa de morte mais comum, perdendo apenas para a doença coronariana e câncer (Cesário *et al.*, 2006). A sua incidência anual no mundo está em torno de 15 milhões de pessoas. Destes, um terço evoluirá para óbito após o evento e um terço dos indivíduos apresentará incapacidade permanente, sendo a doença neurológica incapacitante mais frequente (Miranda *et al.*, 2009).

No Brasil, conforme dados da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, as estatísticas demonstram que o AVE é uma das principais causas de óbito, gerando grande impacto sobre a saúde da população (Organização Mundial de Saúde; Barbosa *et al.*, 2009). Além disso, por ser altamente prevalente e associado a elevados índices de morbidade e incapacidade, gera um custo considerável ao sistema de saúde, para o indivíduo e seus familiares (Saliba *et al.*, 2008). Aproximadamente 20% do total de vítimas morrem nos primeiros três meses e 25% apresentam recuperação completa no mesmo período. O principal problema está nos demais 55% dos pacientes que apresentam um grau variado de sequelas neurológicas (Lima, 2010).

O AVE gera sequelas variáveis que incluem diversas alterações nas funções sensoriais e motoras, perceptivas, comportamentais, cognitivas, fadiga e o comprometimento da linguagem (Trócoli e Furtado, 2009). Do ponto de vista motor, a hemiplegia/paresia é a consequência mais comum após a lesão, caracterizada pela ausência/diminuição de força muscular em um lado do corpo (Trócoli e Furtado, 2009; Costa, 2015).

A fadiga é um sintoma comum após o AVE e pode ser definida como uma “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental” (Lima, 2013; Gouveia *et al.*, 2015). Ou em outras palavras, é uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou perda de energia (Lima, 2013). O impacto da fadiga sobre as atividades de vida diária (AVD) e o bem estar psicológico pode ser considerável, afetando não só o próprio indivíduo após AVE, assim como toda a família (Azevedo, 2015; Sanches *et al.*, 2012). Pode resultar em uma experiência diária de desgaste que também pode ser compreendida como uma adaptação psicológica ou um mecanismo de defesa empreendido pelas pessoas para fazer frente ao risco de esforço exagerado ou exaustão (Gouveia *et al.*, 2015).

As deficiências após AVE causam prejuízo na autonomia destes indivíduos. Daqueles que sobrevivem, apenas 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional. Entretanto, 37% mostram discreta alteração, mas são capazes de se autocuidar e 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capaz de andar sozinho, necessitando de auxílio para vestir-se. Por fim, 32% demonstram alteração intensa ou grave de sua capacidade funcional, necessitando de ajuda tanto para deambular quanto para o autocuidado, quando não se encontram restritos a uma cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de cuidados constantes (Cruz e Diogo, 2009).

Consequentemente, a diminuição no nível de independência funcional de indivíduos após AVE resulta em baixa autoestima, depressão e isolamento social (Scalzo *et al.*, 2010). A limitação no desempenho funcional, em tarefas como vestir-se, banhar-se e até mesmo caminhar pequenas distâncias de forma independente, consiste em um fator importante na percepção da qualidade de vida (Scalzo *et al.*, 2010). Além do mais, a independência é importante para a realização de atividades laborais e de lazer do indivíduo, tornando-o ativo e sociável no meio em que vive.

Atualmente, o sistema de saúde visa a desospitalização dos indivíduos que tiveram AVE. Mas, uma das dificuldades encontradas pelos cuidadores é a obtenção de recursos para continuar o tratamento, visando não somente tratar as incapacidades resultantes, como

também possibilitando o indivíduo voltar a interagir normalmente com o seu meio e a incluir-se socialmente (Andrade *et al.*, 2009).

## 1.1 Sistema Único de Saúde

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990, representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país (Brasil, 1998). Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: 1) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; 2) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e 3) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (Escorel *et al.*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil é um país que está envelhecendo em considerável progressão, fato que se deve, fundamentalmente, ao aumento da expectativa de vida que abrange desde investimentos nos serviços de saúde de alta complexidade até as ações primárias de saúde. Na atualidade, as ações primárias estão bem representadas pelo Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que presta assistência a toda a população visando ao controle e à prevenção de doenças (Alvarenga *et al.*, 2009). A ESF revela uma melhoria na qualidade dos serviços de atendimento primário da população como, por exemplo, o atendimento ambulatorial, o atendimento domiciliar e os programas de prevenção de fatores de risco, como para o AVE, podendo diminuir os custos com internações hospitalares e aumentando as chances de um prognóstico favorável, levando a uma melhoria da expectativa e qualidade de vida da população, culminando com um envelhecimento saudável (Alvarenga *et al.*, 2009).

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a dar enfoque à família como unidade de ação programática de saúde e não mais apenas o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família) (Rosa e Labate, 2005).

O PSF, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma

integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (Monteiro *et al.*, 2009).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares no consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (Escorel *et al.*, 2007).

Além disso, o programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico (Miranzi *et al.*, 2008).

Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF. As principais responsabilidades constituem em programas como: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de diabetes mellitus; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada (Araújo e Rocha, 2007).

A ESF desempenha papel chave no controle e redução da morbimortalidade relacionada ao AVE, por meio de seus atributos essenciais e derivados como o acesso, a continuidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar, comunitária e competência cultural e se apresenta como um ambiente propício para as ações de prevenção e promoção da saúde, onde o AVE deve ser pauta de ações (Ribeiro *et al.*, 2013).

Nesse contexto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de avaliar o perfil sócio demográfico e clínico de indivíduos após AVE, acompanhados em uma unidade básica de saúde, para um melhor discernimento de propostas e intervenções, visando a participação ativa no devido tratamento continuado e minimização dos sintomas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar o perfil sócio-demográfico e clínico de indivíduos após Acidente Vascular Encefálico (AVE) cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Veneza, na cidade de Ipatinga, Minas Gerais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico dos indivíduos após AVE;
- ✓ Descrever o perfil clínico (nível de incapacidade, nível de dependência funcional e fadiga) dos indivíduos após AVE;
- ✓ Avaliar a associação entre medidas sócio-demográficas e clínicas desses indivíduos.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo descritivo trata-se de um desmembramento de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (31097014.9.3001.5138). Foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Veneza, na cidade de Ipatinga, Minas Gerais. Essa UBS faz parte do SUS, atendendo indivíduos de quatro bairros próximos à sua localização, contando com dois acolhimentos, sendo que um pertence ao PACS e o outro ao ESF. Cada bairro possui a sua enfermeira de referência e médicos (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) para atendimentos agendados e de urgência. A demanda da UBS é bem diversificada, prevalecendo o atendimento a indivíduos que realizam acompanhamento para controle de hipertensão, diabetes, saúde mental, para realização de exames periódicos, troca de receitas, assim como o acompanhamento às gestantes, puérperas e puericulturas. O programa hiperdia realiza o acompanhamento de hipertensos e diabéticos uma vez ao mês, para a liberação dos medicamentos desses indivíduos.

A amostra foi constituída por indivíduos com diagnóstico de AVE cadastrados na unidade, recrutados diretamente a partir do acolhimento ou do levantamento de nomes e endereços juntamente às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A avaliação consistiu da aplicação de um questionário para a coleta de dados sócio-demográficos e clínicos (**Apêndice I**) e a aplicação de instrumentos. O grau de incapacidade e o nível de independência funcional foram avaliados por meio da Escala de Rankin Modificada e o Índice de Barthel (**Anexo I**), respectivamente. Para a avaliação da fadiga foi utilizada a Escala de Severidade de Fadiga (**Anexo II**).

#### 3.1 Escala de Rankin Modificada

A Escala de Rankin Modificada (ERM) tem como objetivo mensurar o grau de incapacidade e dependência nas AVD em indivíduos após AVE, sendo uma das escalas mais utilizadas para avaliar o comprometimento (Moreira *et al.*, 2015). A sua aplicação é fácil e rápida, apresenta boa confiabilidade com níveis de evidência clinicamente aceitáveis,

corroborando com um estudo realizado por Wilson *et al.* (2002), que obteve um índice de confiabilidade de 0,45 (Brito *et al.*, 2013).

A escala original é dividida em seis graus, onde o grau zero corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau cinco aos indivíduos com incapacidade grave, restrito ao leito ou à cadeira, geralmente incontinente. Posteriormente, houve acréscimo do grau seis, que corresponde ao óbito (Wilson *et al.*, 2002; Brito *et al.*, 2013) (**Tabela 1**).

**Tabela 1.** Escores da Escala de Rankin Modificada

<b>Grau</b>	<b>Descrição</b>
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa.
2	Leve deficiência.
3	Deficiência moderada.
4	Deficiência moderadamente grave.
5	Deficiência grave.
6	Óbito.

### 3.2 Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) é o instrumento mais utilizado em indivíduos após AVE para mensuração do nível de independência funcional a partir da avaliação de AVD relacionadas com o cuidado pessoal e mobilidade (Pinheiro *et al.*, 2013).

As atividades avaliadas são alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas e transferência da cadeira para cama ou cadeira para cadeira. Cada item pode ser pontuado em zero, cinco, dez ou quinze, com escore total de 100 pontos (Pinheiro *et al.*, 2013). A nota é proporcional à independência e quanto maior o escore, maior é o nível de independência do indivíduo. O resultado total dos 10 itens pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total, 21-60 grave dependência, 61-90 moderada dependência, 91-99 muito leve dependência e 100 independência (Azeredo *et al.*, 2003; Cordova *et al.*, 2007).

A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, a possibilidade de ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais) e por consumir pouco tempo no seu preenchimento, são algumas características que fazem este instrumento ser

mais utilizado em clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência (Araújo *et al.*, 2007; Lima, 2010).

### **3.3 Escala de Severidade de Fadiga**

A Escala de Severidade de Fadiga (ESF) foi proposta por Krupp *et al.*, em 1989. É um instrumento composto por nove questões de autorrelato, que medem a intensidade e o impacto da fadiga nas AVD em pacientes neurológicos (Lima Junior, 2013). Cada item é equivalente a uma declaração sobre a sensação de cansaço em diversas situações (Sanches e Cardoso, 2012).

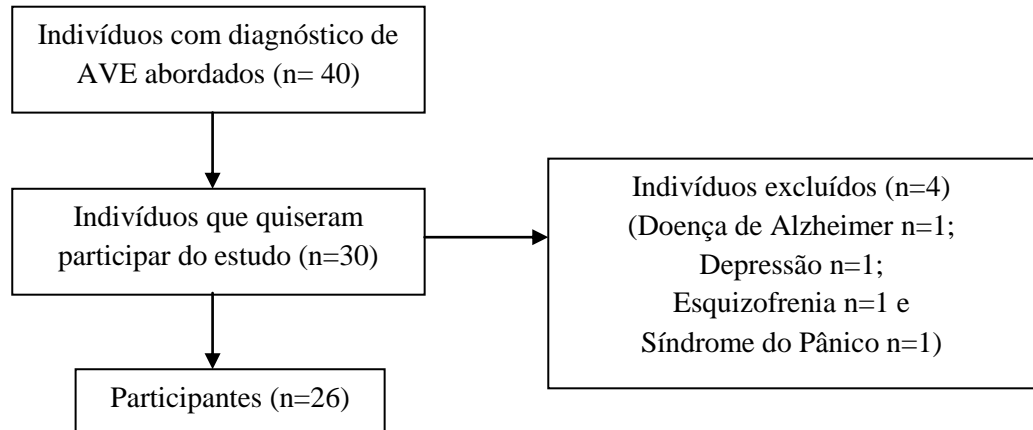
As respostas podem ser de 1 a 7, sendo que um valor baixo indica forte divergência de opinião com o anunciado, enquanto que um valor alto indica forte concordância (Sanches e Cardoso, 2012). O número 4 é indicativo de que o paciente não concorda nem discorda da afirmativa. O número total de pontos pode variar de 9 a 63, sendo estabelecido que valores iguais ou superiores a 28 são indicativos da presença de fadiga. Consideram-se escores de 28 a 39 como fadiga leve, de 40 a 51 fadiga moderada e de 52 a 63, fadiga grave (Cunha *et al.*, 2009).

### **3.4 Análise Estatística**

A estatística descritiva foi realizada para a caracterização da amostra. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 15.0) e considerado  $p < 0,05$  como nível de significância. Para análise de normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a correlação entre as variáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

## 4 RESULTADOS

O fluxograma abaixo ilustra o processo de recrutamento de indivíduos com diagnóstico de AVE, durante o período de setembro a novembro de 2015, na UBS do bairro Veneza em Ipatinga.



Quanto à etiologia, havia apenas participantes com diagnóstico de AVE do tipo isquêmico. A hipertensão arterial sistêmica foi a doença associada presente em todos os participantes, seguida pelo diabetes mellitus e cardiopatias. Quanto ao uso de medicamentos, os indivíduos utilizavam medicação de uso contínuo, sendo a maioria dos medicamentos distribuídos gratuitamente pela UBS (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Frequência de indivíduos em uso de medicamentos para as doenças associadas mais comuns nos participantes do estudo.

<b>Medicamento</b>	<b>Número (porcentagem)</b>
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i>	
AAS 100mg	13 (50%)
Anlodipino 5mg	7 (26,9%)
Captopril 25mg	2 (7,6%)
Enalapril 10mg	6 (23%)
Furosemida 40mg	4 (15,3%)
Hidroclorotiazida 25mg	8 (30,7%)
Losartana 50mg	13 (50%)
Metildopa 250mg	1 (3,8%)
Nifedipino 20mg	2 (7,6%)

---

<i>Diabetes Mellitus</i>	
Glibenclamida 5mg	2 (7,6%)
Gliclazida 30mg	1 (3,8%)
Glifage XR 500mg	1 (3,8%)
Insulina NPH	2 (7,6%)
Metformina 850mg	5 (19,2%)
 <i>Cardiopatias</i>	
Ablok 50mg	1 (3,8%)
Aradois 50mg	1 (3,8%)
Atenolol 25mg	2 (7,6%)
Espironolactona 25mg	1 (3,8%)
Isossorbida 20mg	1 (3,8%)
Lopigrel 75mg	1 (3,8%)
Metropolol 50mg	5 (19,2%)
Metropolol 100mg	1 (3,8%)
Monocordil 25mg	2 (7,6%)
Selozok 25mg	1 (3,8%)
Selozok 50mg	2 (7,6%)
Vastarel 30mg	1 (3,8%)

---

A **Tabela 2** ilustra as características sócio-demográficas e variáveis relacionadas ao AVE dos participantes do estudo. Em relação à prática de atividade física, apenas 3 (11,5%) indivíduos realizavam caminhada no mínimo três vezes por semana. Os resultados obtidos a partir da ERM, IB e ESF estão apresentados na **Tabela 3**.

**Tabela 2.** Características sócio-demográficas e variáveis quanto ao AVE dos participantes do estudo.

<b>Variável</b>	<b>n=26</b>
<i>Gênero</i> (Homem / Mulher)	13 / 13
<i>Idade</i> (média ± desvio padrão) em anos	67,9 ± 11,0
< 50 anos	1
50 – 59 anos	6
60 – 69 anos	9
70 – 79 anos	6
80 – 89 anos	4
<i>Nível educacional</i> (média ± desvio padrão) em anos	3,2 ± 2,5
Analfabeto	7
Baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo incompletos)	16
Média escolaridade (5 a 8 anos de estudo incompletos)	2
Alta escolaridade (acima de 8 anos de estudo)	1
<i>Índice de Massa Corporal</i>	30,1 ± 4,4
<i>Atividade profissional</i>	
Aposentado	19
Ativo	6
Desempregado	1
<i>Estado Civil</i>	
Casado	12
Divorciado	1
Solteiro	6
Viúvo	7
<i>Tempo médio de AVE</i> (média ± DP) em anos	4,5 ± 5,1
Fase subaguda (Acima de 30 dias e menor que seis meses)	5
Fase crônica (Acima de seis meses)	21
<i>Lado da lesão</i> (D / E)	
Direito	11
Esquerdo	12
Não soube informar	3

Dados apresentados em média e desvio padrão ou número absoluto de participantes.

**Tabela 3.** Grau de incapacidade, nível de independência e presença/gravidade da fadiga dos participantes do estudo.

<b>Variável</b>	<b>n=26</b>
<i>Escala de Rankin Modificada</i> (mediana)	1
Grau 0 – Sem sintomas	10
Grau 1 – Nenhuma deficiência significativa	5
Grau 2 – Leve deficiência	2
Grau 3 – Deficiência moderada	1
Grau 4 – Deficiência moderadamente grave	7
Grau 5 – Deficiência grave	1
Grau 6 – Óbito	0
<i>Índice de Barthel</i> (média ± desvio padrão)	71,9 ± 35,8
Dependência total (0 a 20 pontos)	5
Grave dependência (21 a 60 pontos)	4
Moderada dependência (61 a 90 pontos)	3
Muito leve dependência (91 a 99 pontos)	2
Independência (100 pontos)	12
<i>Escala de Severidade de Fadiga</i> (média ± desvio padrão)	33,4 ± 12,8
Fadiga (escore ≥ 28 pontos)	17
Sem fadiga (escore < 28 pontos)	9

Dados apresentados em mediana, média e desvio padrão ou número absoluto de participantes.

Quanto a agrupamentos funcionais, considera-se que o grupo A corresponde aos itens de autocuidados (alimentação, banho, apresentação pessoal, vestir, cuidados com intestinos e bexiga, e uso do banheiro) e o grupo B aos itens de mobilidade (deambulação, transferência do leito para cadeira e subir escadas). Os itens de autocuidados totalizam 60 pontos e os itens de mobilidade totalizam 40 pontos, sendo que para a amostra avaliada os valores de média e desvio padrão para cada agrupamento foram 44,8±21,5 e 27,1±14,8, respectivamente.

Ao realizar a análise de correlação, foi encontrada associação entre idade e os escores obtidos na ERM ( $r_s=0,508$ ,  $p=0,008$ ) e IB ( $r_s = -0,425$ ,  $p=0,031$ ). Houve associação entre os escores obtidos na ERM e IB ( $r_s= -0,926$ ,  $p<0,001$ ). Não houve correlação entre os escores obtidos na ESF e as outras características sociodemográficas e clínicas, inclusive o escore obtido no IB.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que o AVE é um diagnóstico clínico presente na UBS onde o estudo foi realizado, acometendo predominantemente pessoas idosas. De acordo com a literatura, há um aumento da longevidade ocorrido nos últimos anos com uma tendência de maior incidência e prevalência de AVE. Isso também tem ocorrido no Brasil, acometendo principalmente a faixa etária acima de 60 anos, apresentando um importante impacto na saúde pública (Lima, 2010; Moreira *et al.*, 2015).

Quanto à etiologia, os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos que também mostram o predomínio de AVE isquêmico (Pereira *et al.*, 2009; Pires *et al.*, 2004). No entanto, apesar de os estudos mostrarem principalmente o comprometimento do hemisfério direito, houve homogeneidade quanto ao hemisfério afetado na nossa amostra (Scalzo *et al.*, 2010).

Em relação ao nível educacional, a maioria dos indivíduos apresentava baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou era analfabeta. Possuindo menor acesso a informações sobre alimentação adequada, benefícios da prática de atividade física e sobre doenças crônicas, esses indivíduos são acometidos com frequência por essas enfermidades (Scalzo *et al.*, 2010; Pereira *et al.*, 2009).

Foi possível observar a alta porcentagem de indivíduos aposentados e em fase crônica atendidos em nosso serviço. Pode-se explicar pelo fato de se tratar de atendimento pelo SUS, o que explica a maior demanda por indivíduos com baixa renda mensal e algum aspecto físico debilitado, independentemente da faixa etária (Scalzo *et al.*, 2010; Lima, 2010; Paiva *et al.*, 2015).

Dentre as doenças associadas, foi encontrada uma grande incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e cardiopatias. Essas doenças têm sido apontadas na literatura como facilitadores da ocorrência de AVE. A HAS é um fator de risco predominante, já que a elevação das pressões arteriais, sistólica e diastólica, acima dos valores limites, aumenta a incidência de AVE (Baruco, 2013; Miranda *et al.*, 2009; Lima, 2010).

Em relação à ERM, nossos resultados identificaram que 15 (57,7%) indivíduos avaliados não apresentava deficiência ou deficiência significativa e, o restante (42,3%), apresentava graus variados de deficiência. Isso acontece porque o quadro clínico após o AVE é determinado pela área lesada, tamanho da área lesada e presença de circulação colateral, o

que pode ocasionar em graus variados de sinais e sintomas neurológicos (Brito *et al.*, 2013; Costa, 2015).

Para a pontuação do IB, 14 (53,8%) indivíduos apresentaram algum grau de dependência funcional em atividades para cuidados pessoais essenciais como, deslocar-se, alimentação, asseio pessoal e controle de esfíncteres (Araújo *et al.*, 2007; Cruz *et al.*, 2015). Um número considerável de pacientes era totalmente independente, obtendo nota máxima no B. A independência funcional pode ser explicada em função do tempo de AVE, sendo que já se encontravam na fase crônica e isso pode ter permitido a adaptação para a realização das atividades funcionais.

De acordo com os resultados, a associação entre idade, ERM e IB, mostra que os indivíduos mais idosos tiveram maior comprometimento do ponto de vista de incapacidade e dependência funcional. É sabido que o envelhecimento já determina mudanças fisiológicas e funcionais importantes, como redução de massa muscular e diminuição do equilíbrio. Essas alterações são reforçadas em função de uma lesão, como acontece no AVE, o que repercute negativamente, potencializando o sedentarismo e o nível de dependência funcional (Tonieto *et al.*, 2015).

A ESF mede a intensidade e o impacto da fadiga nas AVD, por meio do autorrelato. Para a amostra avaliada, a maioria apresentou escores compatíveis com a presença de fadiga. A fadiga manifesta-se por meio de diminuição do autocuidado, capacidade física, memória e concentração, falta de interesse e motivação nas atividades, fraqueza, irritabilidade, frustração, tristeza e apresenta características como cansaço, exaustão, desgaste, sonolência e desconforto (Lima, 2013; Naess *et al.*, 2012). Apesar de a fadiga ter sido um sintoma comum na maioria dos indivíduos, a mesma não foi associada com o grau de incapacidade e o nível de dependência funcional. Isso pode ser explicado pelo fato de a fadiga ser multidimensional compreendendo experiências físicas, emocionais e cognitivas; não sendo influenciada apenas pelo nível de limitação funcional (Wang *et al.*, 2014). A falta de exercícios físicos regulares e o uso de vários medicamentos na amostra avaliada podem ser fatores que influenciaram no surgimento do sintoma, independente dos parâmetros funcionais (Wang *et al.*, 2014).

## **6 CONCLUSÃO**

Os resultados mostram a prevalência de diagnóstico de AVE do tipo isquêmico, em indivíduos idosos, com baixa escolaridade e renda, e em tratamento contínuo de doenças associadas. Para os participantes desse estudo, houve homogeneidade em relação ao grau de incapacidade e de dependência funcional de acordo com os instrumentos utilizados. Entretanto, a fadiga foi um sintoma comum, sendo que fatores como a falta de exercícios físicos regulares e o uso de vários medicamentos podem ter sido importantes no surgimento desse sintoma. Com o atendimento na UBS sem custos e participação ativa do indivíduo no devido tratamento continuado, devem ser propostas intervenções visando à minimização desse sintoma não motor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, H.; JÚNIOR, R.S.P.; BARBOSA, M.T.S. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família Stroke prevalence among the elderly in Vassouras. **Cadernos de Saúde Pública**, 25(9):1929-1936, 2009.

ANDRADE *et al.*, STROKES, OF PEOPLE WHO SUFFERED, and DEL CUIDADOR FAMILIAR CON LA PROBLEMÁTICA. "A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral." **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(1):37-43, 2009.

ARAÚJO, F. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 25(2):59-66, 2007.

ARAÚJO, M.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007.

AZEREDO, Z.; MATOS, E.; Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da faculdade de medicina de Lisboa**, v. 8, n. 4, p. 199-204, 2003.

AZEVEDO, M. T. Q. **Avaliação do impacto da fadiga nas atividades de vida diária em indivíduos com esclerose múltipla**. Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Bragança. 2015.

BARBOSA, M. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 7:357-360, 2009.

BARUCO, A. B. Elaboração de um Objeto de Aprendizagem para Prevenção e Promoção de Saúde ao Indivíduo Portador de Acidente Vascular Encefálico com Sequela e seu Cuidador. 2013. 92 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2013.

BRITO, R.G. *et al.* Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Neurociências**, 21(4):593-599, 2013.

CAMPOS, T.F. *et al.* Comparison of instruments for sleep, cognition and function evaluation in stroke patients according to the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 16(1):23-29, 2012.

CESÁRIO, C.M.M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista de Neurociências**, 14(1):6-9, 2006.

CORDOVA, R.A.M; CESARINO, C.B.; TOGNOLA, W.A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós-primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. **Arquivos de Ciências da Saúde**, 14(2):75-79, 2007.

COSTA, R.R.G. Perfil do desempenho neuromuscular, marcha e equilíbrio em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico em comparação a controle pareados. 2015. 64 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação Física)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CRUZ, K.C.; DIOGO, M.J. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. **Acta Paul Enferm.** 22(5):666-672, 2009.

CUNHA, M.S., *et al.* Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioterapia e Pesquisa**, 16(2):155-160, 2009.

CRUZ, D.M.C. *et al.* Efeitos da intervenção em grupo de atividades de vida diária para pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, 18(3):189-201, 2014.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 21(2):164-176, 2007.

FERNANDES, F. E. D.; COSTA, O. R. S.; CIPULLO, R. Avaliação cognitiva de pacientes idosos pós acidente vascular encefálico isquêmico de um Hospital do Sul de Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde**, 4(4):9-18, 2015.

GOUVEIA, V.V. *et al.* Escala de avaliação da fadiga: adaptação para profissionais da saúde. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 15(3):246-256, 2015.

LIMA, C.M.G. *et al.* Fatores associados ao acidente vascular encefálico na Amazônia ocidental brasileira: estudo caso-controle. **Arquivos de Ciências da Saúde**, 22(3):79-83, 2015.

LIMA JÚNIOR, A.J. Prevalência e fatores associados à fadiga em idosos não institucionalizados. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

LIMA, M.L. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. 2010. 124f Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

LOPES, J.M. *et al.* Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do Hiperdia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 19(1):122-134, 2016.

MALCHER, Sérgio Alexandre Oliveira et al. ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE UM HOSPITAL PÚBLICO1. **Conselho Editorial**, p. 53, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº. 3.925 de 13 de Novembro de 1998, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1998 13 nov.

MIRANDA, R.D. *et al.* Isolated systolic hypertension and risk of stroke: treatment implications. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 16(1):29-33, 2009.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, 17(4):672-679, 2008.

MONTEIRO *et al.* LA IMPLANTACIÓN, FORMACIÓN DEL VÍNCULO EN. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(2):358-364, 2009.

MOREIRA, N.R.T.L., *et al.* Qualidade de vida de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Neurociências**, 23(4):530-537, 2015.

NAESS, H. *et al.* Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. **Journal of the Neurological Sciences**, 312(1):138-141, 2012.

PAIVA, Ana *et al.* A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus cuidadores familiares. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.

PEREIRA, A. B. C. N. *et al.* Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009.

PINHEIRO *et al.*, 2013. DULCE, Obras Sociais Irma; AMADO, Centro Universitário Jorge. Correlação do Índice de Barthel Modificado com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, 13(1):39-46, 2013.

PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 62(3-B):844-851, 2004.

RIBEIRO, K.S.Q. *et al.* Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 16:35-44, 2013.

ROSA, W.A.G.; LABETE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 13(6):1027-1034, 2005.

SALIBA, V.A. *et al.* Propriedades Psicométricas da Motor Activity Log: uma revisão sistemática da literatura. **Fisioterapia em Movimento**, 21(3):59-67, 2008.

SANCHES, K.C.; CARDOSO, K.G. Estudo da fadiga e qualidade de vida nos pacientes com doença de Parkinson. **Journal of the Health Sciences Institute**, 30(4):391-394, 2012.

SANTOS, C.V.S. Fatores de risco para o acidente vascular encefálico em usuários do Hospital Geral Prado Valadares. **Revista Saúde.com**, 7(1): 3-13, 2011.

SCALZO, P.L. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista de Neurociências**, 18(2):139-144, 2010.

O'SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.J. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 2ª edição, Editora Manole, 2010.

TONIETTO, M. *et al.* Efeitos de uma intervenção de fisioterapia aquática em pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde/Revista de Atenção à Saúde**, 13(45):5-12, 2015.

TRÓCOLI, T.O.; FURTADO, C. Fortalecimento muscular em hemiparéticos crônicos e sua influência no desempenho funcional. **Revista de Neurociências**, 17(4):336-341, 2009.

WANG, Shan-Shan *et al.* Determinants of fatigue after first-ever ischemic stroke during acute phase. **PLoS ONE**, 9(10):p. e110037, 2014.

WILSON, J.T. *et al.* Improving the assessment of outcome in stroke: use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. **Stroke**, 33(9):2243-2246, 2002.

## APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

### DADOS DO PACIENTE

ID: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Quer participar do estudo? ( ) sim ( ) não

Se não, motivo: ( ) falta de interesse ( ) falta de tempo ( ) dificuldade de entendimento  
( ) medo e /ou insegurança

Nome do acompanhante/cuidador: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Telefone/Celular: \_\_\_\_\_

Renda salarial (em salário mínimo): \_\_\_\_\_

Mora com: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade (anos): \_\_\_\_\_

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

1. Tempo de AVC

( ) Há menos de 1 mês ( ) Entre 1 mês e 6 meses ( ) Acima de 6 meses

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

2. Quantos AVC já teve? ( ) um ( ) dois ou mais Quantos? \_\_\_\_\_

3. Tipo de AVC? ( ) isquêmico ( ) hemorrágico

4. Dimídio afetado? ( ) direito ( ) esquerdo

5. Comprometimento motor? ( ) sim ( ) não

6. Comprometimento sensorial? ( ) sim ( ) não

7. Compreende os comandos verbais ( ) sim ( ) não

Possui afasia? ( ) sim ( ) não Qual? ( ) sensitiva ( ) motora ( ) mista

8. Déficit visual/auditivo ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

9. Déficit ortopédico (por exemplo, artrose) ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

10. Marcha independente ou com algum dispositivo de auxílio ( ) sim ( ) não

11. Possui outras doenças neurológica? ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

12. Possui doenças psiquiátricas? ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

13. Possui outras doenças associadas? ( ) não ( ) sim

Qual? \_\_\_\_\_

14. Medicamentos em uso:

15. É tabagista? ( ) não ( ) sim 16. É etilista? ( ) não ( ) sim

17. Faz atividade física? ( ) não ( ) sim Se sim, qual e frequência: \_\_\_\_\_

Score na Escala de Rankin Modificada \_\_\_\_\_

Score no Índice de Barthel \_\_\_\_\_

Score na Escala de Severidade da Fadiga \_\_\_\_\_

**ANEXO I - ÍNDICE DE BARTHEL****Paciente:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_

<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>		
ALIMENTAR	Incapaz (0) Com ajuda (5) Independente (10)	
CUIDADO PESSOAL	Com ajuda (0) Independente (5)	
URINAR	Incontinente (0) Problemas ocasionais (5) Continente (10)	
EVACUAR	Incontinente (0) Acidentes ocasionais (5) Sem problemas (10)	
DESLOCAÇÃO (>30M) DEAMBULAÇÃO	Incapaz (0) Grande ajuda (5) Pequena ajuda (10) Independente (15)	
MOBILIDADE (TRANSFERÊNCIA CAMA – CADEIRA)	Imobilizado (0) Independente cadeira de rodas (5) Anda com ajuda (10) Independente (15)	
IR AO BANHEIRO	Dependente (0) Com ajuda (5) Independente (10)	
VESTIR	Dependente (0) Com ajuda (5) Independente (10)	
TOMAR BANHO	Dependente (0) Sem ajuda (5)	
SUBIR E DESCER ESCADA	Incapaz (0) Com ajuda (5) Independente (10)	

## ANEXO II - ESCALA DE SEVERIDADE DE FADIGA

ID \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

São feitas 9 afirmações e o paciente deverá dar uma nota de 1 a 7, onde 1 significa que ele discorda completamente e 7 que ele concorda plenamente com a afirmação, lembrando ao paciente que estas afirmações são referentes à última semana. Escore igual ou maior que 28, sugestivo para fadiga muscular.

<b>Leia e circule um número</b>	<b>Discorda ----- &gt;Concorda</b>						
1. Minha motivação é menor quando eu estou fadigado	1	2	3	4	5	6	7
2. Exercícios me deixam fadigado	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu estou facilmente fadigado	1	2	3	4	5	6	7
4. A fadiga interfere no meu desempenho	1	2	3	4	5	6	7
5. A fadiga causa problemas frequentes em mim	1	2	3	4	5	6	7
6. Minha fadiga impede um desempenho físico constante	1	2	3	4	5	6	7
7. A fadiga interfere com a execução de certas obrigações e responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
8. A fadiga é um dos três sintomas mais incapacitantes que tenho	1	2	3	4	5	6	7
9. A fadiga interfere no meu trabalho, na minha família ou na minha vida social	1	2	3	4	5	6	7