

RENATA CRISTINA MAGALHÃES LIMA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO STROKE SPECIFIC QUALITY
OF LIFE – SSQOL:**

Um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de hemiplégicos

Belo Horizonte

2006

RENATA CRISTINA MAGALHÃES LIMA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO STROKE SPECIFIC QUALITY
OF LIFE – SSQOL:**

Um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de hemiplégicos

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área do Conhecimento: Desempenho Funcional Humano.

Orientadora: Prof^a. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela, Ph.D.

Co-orientadora: Prof^a. Lívia de Castro Magalhães, Ph.D.

Belo Horizonte

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

2006

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estará sempre começando, a certeza de que será preciso continuar e a certeza que nunca terminará. Fazer da concretização um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.”

AGRADECIMENTOS

Palavras não bastariam para agradecer e homenagear minha orientadora, Prof^a Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela. Será eternamente minha fonte de inspiração, sabedoria, profissionalismo, excelência, ensinamentos. Não foi somente orientadora de mestrado, mas sim da vida, uma verdadeira mãe. Aprendi a ser fisioterapeuta e professora com você. Sou imensamente grata por tudo que fez por mim, pelo incentivo, apoio, carinho, orientações. Confiou em mim e espero ter podido corresponder às suas expectativas.

À Prof^a Livia de Castro Magalhães, dona de grande competência, com suavidade e tranquilidade tornou minha tarefa mais amena. Sou muito grata por todo o carinho e dedicação.

Aos companheiros de mestrado e de orientadora, por todos os momentos vividos de dificuldades e alegrias. Caminhamos juntos nestas nossas vitórias.

Aos companheiros de trabalho, que me foram fundamentais nos momentos de “aperto”, me socorreram, me apoiaram, e sempre torceram por mim. Estar ao lado de vocês é uma vitória, da qual me orgulho muito.

Aos eternos mestres da UFMG, colegas professores, por serem exemplo em minha vida.

Aos meus queridos hemiplégicos e pacientes, agradeço por serem fonte constante de inspiração.

À “turma” de amigos fiéis, e tantos outros amigos que através da presença constante fizeram esta jornada mais suave. Saibam que fazem parte da minha vida, estarão para sempre em meu coração.

Aos queridos irmão Rodrigo e cunhada Ceíça, que sempre me incentivaram e plantaram em mim a vontade de ir além, talvez rumo a um possível doutorado... Vocês também estão em meu coração.

Ao amor da minha vida, que a cada dia me ensina a ser mais e a saber aproveitar a vida sobretudo nos momentos simples, de alegria, descontração. Afinal precisamos, às vezes, esquecer um pouco das obrigações e simplesmente viver.

À Deus, por todas as oportunidades ímpares em minha vida, pela proteção diária e eterna...

... e por último, mas com certeza em primeiro lugar, agradeço aos meus queridos e amados pais. Vocês são meu maior exemplo de dignidade, honestidade, doação, coragem, cumplicidade, dedicação, fé, amor.

RESUMO

A qualidade de vida (QV) fica significativamente prejudicada após um Acidente Vascular Encefálico (AVE). É importante incorporar medidas de QV a medidas clínicas para se poder compreender e quantificar o impacto da doença na vida do indivíduo. No Brasil faltam instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida das pessoas após o AVE. Assim, o presente estudo se propôs a adaptar transculturalmente o *Stroke Specific Quality of Life* – SSQOL, um instrumento específico para hemiplégicos, bem como avaliar suas propriedades psicométricas para uma amostragem brasileira de 50 hemiplégicos. O SSQOL foi traduzido e adaptado seguindo instruções padronizadas e submetido a teste de confiabilidade teste-reteste. A versão adaptada foi aplicada em 50 hemiplégicos da comunidade, considerados leve a moderado, acima de 18 anos, isquêmicos e hemorrágicos. A análise Rasch foi utilizada e detectou coeficiente de confiabilidade de 0,92 para os itens e para os indivíduos da amostra, indicando estabilidade das medidas. O índice de separação dos hemiplégicos foi 3,34 e dos itens 3,36, que são valores aceitáveis para índice de discriminação. Dos 49 itens, quatro se mostraram erráticos, representando mais que 5% do total de itens. Portanto, a validade de constructo do instrumento ficou comprometida, pois esses itens não se enquadraram no contínuo da QV. Assim, a escala deve ser utilizada com cautela em indivíduos como os da amostra em estudo. Se ao ser aplicado em outras populações de hemiplégicos o número de itens erráticos permanecer maior que 5%, deve-se considerar a possibilidade de modificação, substituição ou exclusão de itens, para garantir a unidimensionalidade do instrumento.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico, qualidade de vida, adaptação transcultural, análise Rasch.

ABSTRACT

Quality of life (QOL) becomes significantly damaged after a stroke. It is important to incorporate measures of QOL to clinic measures to be able to understand and quantify the impact of a disease in the human life. In Brazil, there is a lack of specific instruments with this objective for stroke subjects. So, the present study intended to make a transcultural adaptation of the Stroke Specific Quality of Life – SSQOL, a specific instrument for hemiplegics, as well as assess your psychometrics properties for a sample of 50 Brazilian stroke survivors. The SSQOL was translated and adapted following standardization instructions and was submitted to intra-rater reliability analysis. The adapted version was applied to 50 community-dwelling hemiplegics, considered light to mild, higher than 18 years old, ischemics and hemorrhagics. Rasch analysis was used and detected reliability coefficient of 0,92 for the items and the individuals, indicating stability of the measures. The separation index for the hemiplegics was 3,34 and for the items 3,36, which are considered acceptable values for discriminatory index. Out of the 49 items there were detected four erratic items, whose values were superior to the 5% allowed. Therefore, the construct validity became compromised; these items do not fit in the continuum of quality of life. Thus, the scale must be used with caution in a similar sample. If applied to different hemiplegic populations and the number of erratic items continue to be superior to 5%, the possibility of modification, substitution or exclusion of these erratic items should be considered, to guarantee that the instrument measures a unidimensional construct.

Key words: Stroke, quality of life, transcultural adaptation, Rasch analysis.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura

Figura 1 – Mapa representativo da distribuição dos indivíduos e itens em relação aos níveis de Qualidade de Vida	45
--	----

Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra quanto às condições de saúde associadas.....	35
Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade	36
Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil	36
Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto à profissão	37

Quadro

Quadro 1 – Escala de QV específica para Ave (EQVE-AVE)	26
--	----

Tabelas

Tabela 1 – Calibração dos itens da EQVE-AVE	40
Tabela 2 – Calibração dos indivíduos analisados pela EQVE-AVE	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCI	Coeficiente de Correlação Intra-classe
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde
EQVE-AVE	Escala de Qualidade Vida Específica para AVE
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	<i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSN	Perfil de Saúde de Nottingham
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SF36	<i>Medical Outcomes Short Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSQOL	<i>Stroke Specific Quality of Life</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivos	22
2	MATERIAIS E MÉTODOS	23
2.1	Delineamento do Estudo	23
2.2	Procedimentos Metodológicos	23
2.2.1	Fase I	23
2.2.1.1	<i>Elaboração do instrumento</i>	23
2.2.1.2	<i>Pré-teste</i>	25
2.2.2	Fase II	28
2.2.2.1	<i>Confiabilidade Intra-examinador</i>	28
2.2.2.2	<i>Participantes</i>	29
2.2.2.3	<i>Aplicação da EQVE-AVE</i>	29
2.2.2.4	<i>Análise Estatística</i>	30
3	RESULTADOS	34
3.1	Caracterização da Amostra	34
3.2	Análise Rasch	38
4	DISCUSSÃO	46
5	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
	ANEXO A	69
	ANEXO B	71
	APÊNDICE	72

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Em 2030, o Brasil terá a sexta população mundial de idosos em número absoluto, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (NOBREGA, 1999). Concomitante ao aumento da expectativa de vida, houve aumento das co-morbidades advindas do processo do envelhecimento, que resultam num declínio da performance motora e funcional, afetando a qualidade de vida desses indivíduos (GOBBI, 1997; BARRY; EATHORNE, 1994). Entre estas co-morbidades está o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O AVE é resultado de dano celular e déficits de funções neurológicas devido a isquemia ou hemorragia no tecido encefálico (WOOD-DAUPHINEE, 1985), levando a déficit neurológico súbito e focal. No Brasil, o AVE é considerado a principal causa de morte dentre as patologias neurológicas (LESSA, 1999). Além disso, estudos realizados na cidade de Salvador e Joinville indicam uma incidência em adultos jovens variando de 0,08 a 0,18%. Apesar de a prevalência ainda ser desconhecida, ela não deve ser muito diferente da apresentada nos outros países (LESSA, 1999) e as evidências clínicas demonstram que a incidência do AVE no Brasil é alta, principalmente entre os idosos, e está associada a uma alta taxa de sobrevivência (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 1999; SHARP, 1996). Sobreviventes

além de 18 meses pós-AVE têm expectativa de vida similar a da população geral (STINEMAN; GRANGER, 1991). O número de indivíduos que sobrevive a um episódio de AVE atualmente é alto, e está aumentando cada vez mais (TENGS *et al.*, 2001). Em 2000, quatro milhões de pessoas nos Estados Unidos sobreviviam ao AVE e viviam com suas seqüelas. Agora em 2006 este número já chega próximo a cinco milhões (NATIONAL STROKE ASSOCIATION, 2006). Apesar de não existirem dados no Brasil, o número de indivíduos sobreviventes também deve ser grande.

Um fator associado com o aumento do número de sobreviventes é o envelhecimento populacional pelo qual todo o mundo está passando, inclusive o Brasil, e pelo número crescente de indivíduos com doenças crônicas e não-fatais, decorrentes da melhora dos recursos e condições para o tratamento (SILVERSTEIN *et al.*, 1992; VELOZO *et al.*, 1995). As pessoas estão vivendo com uma condição crônica ao invés de morrer dela e, como resultado, surgem as limitações funcionais que aumentam ainda mais os encargos para o sistema de saúde, e geram um declínio da qualidade de vida (SOUZA, 2005; VERBRUGGE; JETTE, 1994).

As seqüelas decorrentes do AVE geram déficits na capacidade funcional, independência e qualidade de vida (QV) dos indivíduos (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000). Dados de estudos transversais e longitudinais sugerem que a QV e o bem-estar ficam significativamente prejudicados após um AVE (HOPMAN; VERNER, 2003).

Nesse contexto, torna-se fundamental o estabelecimento de parâmetros de avaliação que sejam capazes de mensurar o impacto da doença na funcionalidade e qualidade de vida, para que, assim, possa ser feita uma avaliação sistemática de programas de reabilitação (SOUZA, 2005). Além de medidas físicas e funcionais, medidas de qualidade de vida também devem ser realizadas (TENGS *et al.*, 2001). Já existem evidências de que somente a avaliação da função neurológica e da atividade do indivíduo não são suficientes para avaliar a total influência do AVE na vida dos indivíduos (MOON *et al.*, 2004). Por isso, a avaliação da QV tem sido sugerida como um importante índice de resultado após o AVE, e parece ser mais relevante para o indivíduo do que qualquer outro parâmetro (MOON *et al.*, 2004).

A avaliação de indivíduos com seqüela de AVE passa a ser completa ao serem utilizados instrumentos que avaliam incapacidades, decorrentes da lesão, performance funcional e qualidade de vida (KELLY-HAYES *et al.*, 1998). Discussões a respeito de se mensurar bem-estar e conseqüentemente qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) surgiram a partir da redefinição da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o conceito de saúde após a II Guerra Mundial, incorporando a noção de bem estar físico, emocional e social. Os resultados das intervenções tradicionalmente medidos com parâmetros objetivos passaram a trazer variáveis subjetivas, incorporando percepções individuais sobre bem-estar e QV (PASCHOAL, 2002).

Uma definição consensual para o termo QV ainda não foi estabelecida, sendo questão de grande discussão na literatura. Em seu significado original, QV

era claramente relacionado à percepção subjetiva das emoções, como por exemplo, satisfação e felicidade. Com o passar dos anos, o conceito QV foi expandido e incluiu aspectos físicos, psicológicos, funcionais e de saúde social. Alguns pesquisadores que preferem focar o estudo nas emoções adotam prioritariamente o termo bem-estar do que QV (WYLLER *et al.*, 1998). Para a OMS, entretanto, a QV refere-se à percepção do indivíduo de sua posição na vida, dentro do seu contexto cultural e do seu sistema de valores, e em relação a seus objetivos, expectativas e padrões sociais (WHOQOL GROUP, 1995) . A QV é, portanto, um construto subjetivo e de múltiplas dimensões positivas e negativas (PASCHOAL, 2002; WHOQOL GROUP, 1995). Apesar dessa multidimensionalidade do termo, é de consenso na literatura que a QV inclui, no mínimo, três dimensões: física, emocional e social (PASCHOAL, 2002).

QVRS refere-se, então, a um conjunto de aspectos físicos, emocionais e sociais que podem ser afetados por mudanças em estágios de saúde. É importante incorporar medidas de QV a medidas clínicas para se poder compreender e quantificar o impacto de uma doença na vida do indivíduo (BUCK *et al.*, 2000; WILLIAMS *et al.*, 1999a) e também a eficácia de programas terapêuticos (LAI *et al.*, 2003). Este conceito é especialmente relevante em indivíduos com seqüela de AVE, onde existe uma ampla gama de incapacidades e um espectro amplo de gravidade de sintomas (HAMEDANI *et al.*, 2001; WILLIAMS *et al.*, 1999a). Avaliação da QV em indivíduos hemiplégicos está ficando cada vez mais comum e necessária (HOPMAN; VERNER, 2003; BUCK *et al.*, 2000; WILLIAMS *et al.*, 1999b).

O que já está evidenciado na literatura é que no caso de indivíduos com seqüelas decorrentes de alguma doença, o físico certamente irá influenciar na QV (PASCHOAL, 2002), sendo, então, de fundamental importância que os instrumentos que avaliem QV abordem também a questão funcional.

Um instrumento de avaliação de qualidade de vida não se limita, simplesmente, a medir a presença e a gravidade dos sintomas de uma doença, mas também deve ser capaz de demonstrar como as manifestações de uma condição de saúde ou tratamento são experimentadas pelo indivíduo (DIAS, 1999; BERZON, 1998; REJESKI; SHUMAKER, 1994), valorizando aspectos da vida que geralmente não são considerados como “saúde”, como por exemplo, renda familiar, liberdade e trabalho (GUYATT *et al.*, 1993).

A utilização desses instrumentos na avaliação da qualidade de vida tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde (DIAS, 1999). Carr *et al.* (1996) reafirmaram a importância destes instrumentos em inquéritos populacionais ou como identificadores das necessidades de saúde da população. Na prática clínica, eles podem identificar as necessidades do paciente e avaliar a efetividade da intervenção. Em experimentos clínicos controlados, eles servem como instrumento de medida dos resultados de intervenções e são também componentes da avaliação do custo/benefício do tratamento. Nestes tipos de estudos, é essencial o uso de medidas de qualidade de vida que sejam válidas, confiáveis e sobretudo sensíveis às mudanças clínicas obtidas com o tratamento (BUCK *et al.*, 2000; DIAS, 1999; CARR *et al.*, 1996). Em muitos países, devido à escassez ou ausência de instrumentos específicos de

avaliação, além dos gastos em tempo e dinheiro envolvidos em produzi-los, a adaptação de questionários tem sido vista como uma forma simples de se obter medidas válidas e confiáveis, visto que um questionário culturalmente adaptado indica que tanto a linguagem quanto o significado dos itens contidos no instrumento são consistentes com aqueles do documento original (BERZON, 1998; HUNT, 1998; CICONELLI, 1997).

De acordo com a lógica de raciocínio através da qual os profissionais de saúde devem se orientar, tendo por foco as implicações de uma doença na vida de um indivíduo, o mais adequado é a adoção de um instrumento baseado em um modelo que informe não apenas sobre condições de saúde, mas principalmente sobre o impacto que uma determinada condição de saúde traz para a vida pessoal, familiar e social de um indivíduo, por limitar seu desempenho funcional (SAMPAIO *et al.*, 2002).

Em 1980, a OMS publicou a primeira versão da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (cujas siglas em inglês é ICFIDH), criada para servir como ferramenta na classificação das conseqüências de uma patologia (DUNN, 2000). Recentemente revisada e traduzida para a língua portuguesa o ICFIDH-2 ou CIF, sigla que recebeu na versão em português, pertence à família das classificações internacionais, cujo desenvolvimento busca: proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas a ela, seus determinantes e efeitos; a implementação de uma linguagem comum para a descrição da saúde e estados relacionados a ela, para facilitar a comunicação entre os diferentes usuários; permitir comparações entre países,

entre disciplinas relacionadas à saúde, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo; e por fim, fornecer um esquema de codificação para sistemas de informações de saúde (OMS, 2003; ÜSTUN *et al.*, 2003).

Esse novo modelo é dividido em duas partes: A Parte 1 está relacionada à Funcionalidade e Incapacidade e abrange as dimensões *Estrutura e Função do Corpo* e *Atividade e Participação*. A Parte 2 considera os Fatores Contextuais, dentre eles os *Fatores Ambientais* e *Fatores Pessoais* (OMS, 2003). Através da CIF é possível avaliar os aspectos positivos e negativos de uma doença, que foram categorizadas em três níveis de disfunção, baseadas num conceito ampliado de saúde que considera fatores internos e externos ao indivíduo como moderadores da função (BUNNUALES *et al.*, 2002; GRAY; HENDERSHOT, 2000; VERBRUGGE; JETTE, 1994). A primeira dimensão codifica a *Estrutura e Função do Corpo*; a segunda dimensão está ligada à atividades e tarefa cotidianas e é denominada de *Atividade*; e a terceira dimensão informa sobre a *Participação* ou envolvimento em atividades diárias, tais como trabalho ou acessibilidade, freqüentemente relacionadas à fatores externos (GRAY; HENDERSHOT, 2000).

A abordagem da QV requer uma avaliação sistemática das conseqüências funcionais da doença, que incluem as habilidades e o potencial para o desempenho de atividades, de forma independente. Portanto, a adoção de um modelo centrado nas categorias corpo, atividade e participação torna a atuação do profissional da reabilitação mais fiel a atividades que realmente lhe competem, que são a avaliação e a intervenção sobre a função do indivíduo (HALEY *et al.*, 1994; GUCCIONE, 1991). A adoção da CIF aproxima os profissionais da saúde

para uma sistematização da prática clínica, o que requer também a utilização de medidas e testes mais objetivos, padronizados e psicometricamente mais rigorosos. Esse procedimento direciona os profissionais da saúde a introduzirem em suas práticas o conceito de escalas de medida, abandonando as avaliações consideradas subjetivas, que muitas vezes estão sujeitas aos parâmetros individuais de julgamento (SAMPAIO *et al.*, 2002).

Instrumentos de qualidade de vida devem conter questões relacionadas às dimensões estabelecidas pela CIF. Questões relacionadas aos três domínios devem obrigatoriamente estarem envolvidas quando se trata de avaliar indivíduos com déficits motores e funcionais como hemiplégicos, por exemplo. Medidas de participação também devem estar presentes, visto a presença de isolamento social, sintomas depressivos, entre outros (GLADSTONE *et al.*, 2002; DUNCAN *et al.*, 2000).

A maioria dos estudos envolvendo indivíduos hemiplégicos tem utilizado instrumentos genéricos de QV, como por exemplo o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) (DORMAN *et al.*, 1998; HOPMAN; VERNER, 2003; HOBART *et al.*, 2002; LAI *et al.*, 2003; PICKARD *et al.*, 1999), o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) (INDREDAVIK *et al.*, 1998; TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000, 1999) e o *Assessment of Quality of Life* (AQoL) (STURM *et al.*, 2002). Apesar de instrumentos genéricos terem a vantagem de permitir comparação de indivíduos com diferentes condições de saúde, eles são menos sensíveis para explorar os efeitos de incapacidades particulares na QV ou avaliar a resposta ao tratamento em um indivíduo com uma patologia específica (HOBART *et al.*, 2002;

HAMEDANI *et al.*, 2001; BUCK *et al.*, 2000; DUNCAN *et al.*, 2000; WILLIAMS *et al.*, 1999a, 1999b). Se um instrumento genérico não avalia destreza da mão, comunicação ou visão, por exemplo no caso de indivíduos hemiplégicos, provavelmente uma avaliação completa do impacto dessas incapacidades na vida do indivíduo não acontecerá (DUNCAN *et al.*, 2003a e b; LAI *et al.*, 2003; WILLIAMS *et al.*, 1999a).

Para uma população de indivíduos com incapacidade após um AVE, muitas questões próprias do acometimento não conseguem ser captadas ao se utilizar um instrumento genérico. Muitos estudos mostram que instrumentos genéricos podem subestimar o impacto do AVE na vida do indivíduo (LAI *et al.*, 2003; LAI *et al.*, 2002; LAI *et al.*, 1998;), sendo importante que existam instrumentos específicos para uma melhor compreensão do impacto da doença na vida do indivíduo.

Em estudos com hemiplégicos o benefício de se utilizar uma medida específica para esta população está em permitir avaliar todo o espectro da funcionalidade, possibilitando uma avaliação global do indivíduo, requerendo poucos indivíduos para se detectar diferenças e fornecendo habilidade de detectar diferenças que certamente são consideráveis aos indivíduos (DUNCAN *et al.*, 1999; WILLIAMS *et al.*, 1999a, 1999b). Um instrumento específico tem a intenção de promover uma maior compreensão e maior significância através da perspectiva do próprio indivíduo (GLADSTONE *et al.*, 2002; LAI *et al.*, 2003).

Uma consideração importante a ser realizada na escolha de um instrumento genérico ou específico para se avaliar QV é definir a questão primária do estudo e

a sua aplicabilidade clínica. Isto geralmente leva à escolha de um instrumento genérico quando o objetivo é comparar indivíduos hemiplégicos com indivíduos com outras condições de saúde, e escolha de um instrumento específico quando o objetivo é avaliar uma resposta terapêutica ou identificar preditores específicos de QV pós-AVE (WILLIAMS *et al.*, 1999a). Na opção por um questionário específico, recomendações também devem ser seguidas: questões devem abranger todas as dimensões, capturando não somente atividades de vida diária, mas também de mobilidade; avaliação do estado emocional deve ser considerado, já que algumas patologias podem interferir neste estado; todas medidas devem ter estabelecidas suas propriedades psicométricas – confiabilidade, validade e sensibilidade à mudanças; entre outras (DUNCAN *et al.*, 2000).

O *Stroke-Specific Quality of Life (SSQOL)* foi originalmente desenvolvido para medir a qualidade de vida de indivíduos com seqüela de AVE isquêmico de leve a moderada. Este instrumento incorpora uma ampla variedade de questões relacionadas às três dimensões da CIF: corpo, atividade e participação, tendo portanto maior poder explanatório do que se avaliasse somente uma destas dimensões (DUNCAN *et al.*, 2000; WILLIAMS *et al.*, 1999a). Os 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produktividade) foram elaborados a partir de entrevistas com indivíduos hemiplégicos que identificaram áreas comuns afetadas pelo AVE (WILLIAMS *et al.*, 1999b). A inclusão do domínio “humor” é importante para detectar o efeito de sintomas depressivos, nesses indivíduos (WILLIAMS *et al.*, 1999a). Ao todo, 49 itens são distribuídos dentro destes 12 domínios. Três possibilidades de resposta

foram desenvolvidas em uma escala de escore de cinco a um: (1) quantidade de ajuda necessária para realizar tarefas específicas, indo de nenhuma ajuda a ajuda total; (2) quantidade de dificuldade experimentada quando é necessário realizar uma tarefa, indo de nenhuma dificuldade a incapaz de realizar a tarefa; (3) grau de concordância com afirmações sobre sua funcionalidade, indo de discorda fortemente a concorda fortemente. O ponto de referência para todos os itens se refere à semana anterior. Quanto ao modo de administração, o SSQOL foi inicialmente aplicado através de entrevista (WILLIAMS *et al.*, 1999b). Dada à amplitude de incapacidades advindas de um AVE, dentre elas problemas visuais, é importante que um questionário possa ser administrado por entrevista (BUCK *et al.*, 2000).

Este questionário possui uma boa avaliação das propriedades psicométricas. Como os domínios foram desenvolvidos por indivíduos hemiplégicos, o SSQOL apresenta boa validade de conteúdo, e abrange ainda áreas frequentemente negligenciadas por outros questionários como linguagem, cognição e função da mão (DUNCAN *et al.*, 2000). Sua confiabilidade interna apresentou $\alpha \geq 0.73$ em todos os domínios. A sensibilidade entre um e três meses na maioria dos domínios apresentou-se moderada, com escores sensibilidade >0.5 , sendo que os domínios humor e personalidade se mostraram menos sensíveis (sensibilidade <0.2) (WILLIAMS *et al.*, 1999b). O SSQOL é, então um instrumento simples e específico para hemiplégicos que tem por objetivo avaliar importantes domínios na determinação da QV relacionada à saúde.

Porém, como a grande maioria das escalas de avaliação de qualidade de vida, o SSQOL foi desenvolvido e escrito originalmente na língua inglesa. Assim,

para sua aplicação em outras populações é necessário que, além da tradução, seja feita uma adaptação transcultural e a avaliação das propriedades de medida desse instrumento para a população a ser empregada, visto que apenas a tradução literal do instrumento não é o bastante para sua utilização em outros idiomas (GUILLEMIN *et al*, 1993; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

1.1 Objetivos

- Realizar a tradução para a língua portuguesa - Brasil e a adaptação para a cultura brasileira do instrumento de avaliação de qualidade de vida *Stroke Specific Quality of Life*.
- Examinar a validade dos padrões de pontuação dos itens e a validade dos padrões de resposta de indivíduos com hemiplegia.
- Indicar as limitações do instrumento e, se necessário, propor a revisão ou a exclusão de itens que não apresentarem qualidades psicométricas adequadas, de forma a torná-lo clinicamente útil no Brasil.

CAPÍTULO 2

MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo foi realizado em duas etapas. A Fase I, constituída de tradução do SSQOL para a língua portuguesa - Brasil, retro-tradução, análise da versão traduzida por um comitê de juízes especialistas e do pré-teste. Na fase II, foi determinada a confiabilidade teste-reteste e a versão final do instrumento foi aplicada em hemiplégicos da comunidade, com no mínimo três meses pós AVE. Para a redação da dissertação, foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2.2 Procedimentos Metodológicos

2.2.1 Fase I

2.2.1.1 Elaboração do Instrumento

Beaton *et al.* (2000) propuseram um conjunto de instruções padronizadas (*guideline*) baseado na revisão de adaptações transculturais na literatura médica, sociológica e psicológica. Segundo os autores, a adaptação transcultural

apresenta dois componentes – a tradução do instrumento propriamente dita e a adaptação do instrumento. O processo de adaptação deve ser realizado para maximizar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre a versão original e a produzida. Isso implica na combinação da tradução literal das palavras e sentenças de um idioma para o outro, de um contexto cultural para o outro e na avaliação da qualidade da medida adaptada em termos de sensibilidade, validade aparente e de conteúdo, replicabilidade e adequação de escalas (BEATON *et al.*, 2000).

Então, segundo recomendação de Beaton *et al.* (2000), o SSQOL (Anexo A) foi traduzido, do ponto de vista semântico, cultural e conceitual para a língua portuguesa, por duas tradutoras bilíngües cujo idioma de origem era o português, para qual o instrumento estava sendo adaptado. Uma das tradutoras estava consciente dos objetivos e dos conceitos que estavam sendo avaliados pelo instrumento, de forma a reproduzir uma tradução equivalente a partir de uma perspectiva mais clínica. A outra tradutora não tinha conhecimento prévio da intenção e conceitos do instrumento e não era da área da saúde. A versão desta última tradutora possivelmente detectaria um sentido diferente da versão original, seria menos influenciada pelo objetivo acadêmico e ofereceria uma versão refletindo uma linguagem mais utilizada pela população em geral. As duas tradutoras trabalharam independentemente, sem que uma interferisse no processo de tradução da outra, para que se obtivesse uma versão mais apropriada do material original.

A síntese das duas versões traduzidas foi realizada a partir da reunião das duas tradutoras e da pesquisadora, quando se chegou a uma única versão final

traduzida, comparando a versão original e as duas traduções. A partir desta versão única, foi realizada a retrotradução por dois outros tradutores qualificados, cuja língua de origem era o inglês (língua do instrumento original), residentes no Brasil e professores de inglês há muitos anos. Nenhum dos dois tinha conhecimento prévio da intenção e conceitos do material, e realizaram as retrotraduções de forma independente. Neste momento checkou-se se a versão traduzida refletia o mesmo conteúdo do original.

Em seguida ao processo de tradução e retro-tradução, a versão final do instrumento foi submetida à revisão por um comitê de juízes especialistas, composto por uma fisioterapeuta, professora universitária, com domínio do tema da pesquisa e também fluente nos dois idiomas; dois professores de inglês, alfabetizados na língua inglesa e fluentes na língua portuguesa; e a autora desse projeto. Esse comitê discutiu a clareza, a pertinência e a equivalência entre as versões traduzidas e retrotraduzidas e a versão original do instrumento. Como o item 1 do domínio personalidade tinha seu sentido alterado ao ser traduzido literalmente, ele foi modificado *acrescentando-se “(Com os nervos à flor da pele)”* (QUADRO 1). O quadro 1 representa a versão final traduzida do SSQOL.

2.2.1.2 Pré-Teste

Após aprovação da versão final do instrumento – Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE), pelo comitê de juízes especialistas, e tendo em mãos a versão final, a técnica de prova, recomendada por Beaton *et al.* (2000), foi realizada com a aplicação do instrumento em dez hemiplégicos da comunidade, sem déficits de compreensão e afasia sensitiva. Essa etapa foi

realizada pela autora desse projeto, que investigou se os itens eram entendidos pelos indivíduos de forma clara e inequívoca. Como não houve nenhuma dúvida relacionada à redação, clareza dos itens ou ambigüidade nas respostas, permaneceu a versão elaborada pelo comitê de juízes.

Neste formato, a EQVE-AVE apresenta como possibilidade de resultado o escore máximo de 245 pontos e o escore mínimo de 49 pontos, exatamente como o instrumento original.

Durante todo o processo os criadores do instrumento foram informados dos procedimentos através do envio de todas as etapas por escrito.

QUADRO 1

Escala de QV Específica para AVE (EQVE-AVE)

Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE)- Versão Final	
Pontuação: cada item será pontuado com o seguinte critério	
Ajuda Total – Não pude fazer de modo algum – Concordo inteiramente	1
Muita ajuda – Muita dificuldade – Concordo mais ou menos	2
Alguma ajuda – Alguma dificuldade – Nem concordo nem discordo	3
Um pouco de ajuda – Um pouco de dificuldade – Discordo mais ou menos	4
Nenhuma ajuda necessária – Nenhuma dificuldade mesmo – Discordo inteiramente	5
ITEM	PONTUAÇÃO
Energia	
1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	
2. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	
3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	
Papéis Familiares	
1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	
2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	
3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	
Linguagem	
1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	
2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente	

para usar o telefone?	
3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	
4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	
5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	
Mobilidade	
1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.)	
2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	
3. Você teve dificuldade para subir escadas?	
4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	
5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	
6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	
Humor	
1. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	
2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	
3. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas.	
4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	
5. Eu não estava interessado em comida.	
Personalidade	
1. Eu estava irritável/irritado. ("Com os nervos à flor da pele")	
2. Eu estava impaciente com os outros.	
3. Minha personalidade mudou.	
Auto-cuidado	
1. Você precisou de ajuda para preparar comida?	
2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	
3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	
4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	
Papéis Sociais	
1. Eu não saí com a freqüência que eu gostaria.	
2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	
3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	
4. Eu tive relações sexuais com menos freqüência do que gostaria.	
5. Minha condição física interferiu com minha vida social.	
Memória / Concentração	
1. Foi difícil para eu me concentrar.	
2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	

3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	
Função da Extremidade Superior	
1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	
2. Você teve dificuldade para colocar meias?	
3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	
4. Você teve dificuldade para usar o zíper?	
5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	
Visão	
1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	
2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	
3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	
Trabalho / Produtividade	
1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	
2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	
3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	
PONTUAÇÃO TOTAL:	—

2.2.2 Fase II

2.2.2.1 Confiabilidade Teste-Reteste do Instrumento

A versão traduzida do SSQOL – EQVE-AVE foi aplicada em dez hemiplégicos adultos duas vezes, com um intervalo de cinco dias para investigar a confiabilidade teste-reteste, já que a referência para as respostas deveria ser o mesmo período de tempo (a semana passada).

Coeficientes de correlação intra-classe (CCI) foram calculados através do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows* (versão 13.0). Os 12 domínios foram avaliados e obtiveram os seguintes valores de CCI: Energia - 0,98; Papéis Familiares - 0,89; Linguagem - 0,94; Mobilidade - 0,91;

Humor - 0,91; Personalidade - 0,76; Auto-Cuidado - 0,8; Papéis Sociais - 0,96; Memória / Concentração - 0,84; Função de Extremidade Superior - 0,83; Visão - 0,94; Trabalho / Produtividade - 0,98; Total Geral - 0,97.

Como somente um domínio, dentre os 12, apresentou confiabilidade abaixo de 0,8 (Personalidade 0,76), e ao ser arredondado passaria a 0,8, o instrumento foi considerado confiável e foi dada continuidade ao estudo (TRIOLA, 1999).

2.2.2.2 Participantes

Foram recrutados 50 hemiplégicos na comunidade de Belo Horizonte/MG, em hospitais, ambulatórios, clínicas e projetos de pesquisa. Não houve restrição quanto ao sexo e os indivíduos tinham idade superior a 18 anos, evolução pós-AVE de no mínimo três meses, sem presença de déficits de compreensão e/ou afasia sensitiva. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo Parecer N° ETIC 171/05 (Anexo B). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice).

2.2.2.3 Aplicação da EQVE-AVE

Inicialmente, os indivíduos foram esclarecidos com relação à natureza e os objetivos da pesquisa e foram convidados a assinar o termo do consentimento livre e esclarecido. Em seguida, foi realizada entrevista para a coleta dos dados clínicos e demográficos para caracterização da amostra.

Pelo fato da probabilidade de grande parte dos indivíduos candidatos ao estudo serem analfabetos ou semi-analfabetos, e a fim de evitar erros de

interpretação devido a uma possível heterogeneidade dos graus de instrução da população a ser avaliada, o questionário foi aplicado individualmente, por meio de entrevista, por um único examinador devidamente treinado, que seguiu instruções padronizadas, conforme recomendações para aplicação da versão original.

2.2.2.4 Análise Estatística

Para análise dos dados demográficos foram utilizadas estatísticas descritivas e de frequência com uso do *software* SPSS *for Windows* (versão 13.0).

Como em outros estudos de tradução e adaptação de instrumentos para a língua portuguesa (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2004; GOMES, 2003; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996), e também de outros instrumentos específicos para hemiplégicos (DUNCAN *et al.*, 2003a e b), por se tratar de escala com índices de validade e confiabilidade já reconhecidos, a versão final traduzida do instrumento foi avaliada com uso do modelo Rasch, um tipo de análise estatística que vem sendo usada para avaliar as qualidades psicométricas das escalas atuais de reabilitação. Este tipo de análise permite calibrar a dificuldade dos itens e o nível de habilidade dos indivíduos em um mesmo contínuo linear simples, dividido em intervalos iguais, ou *logits*, ao longo dos quais cada item da escala e cada indivíduo são alinhados (MAGALHÃES *et al.*, 1996; MANCINI *et al.*, 2002; LAI *et al.*, 1996; VELOZO *et al.*, 1995; SILVERSTEIN *et al.*, 1992).

O pressuposto básico da análise Rasch nesse caso é que, quanto melhor a percepção de QV de uma pessoa, maior a sua probabilidade de receber escores altos em todos os itens da escala (fáceis ou difíceis). Por outro lado, quanto mais

fácil o item, maior a probabilidade de qualquer pessoa receber escore alto no item (MANCINI *et al.*, 2002; CHERN *et al.*, 1996). Quando todos os itens de um teste atendem a essas expectativas, significa que o teste se enquadra no modelo de medida (CHERN *et al.*, 1996) e a probabilidade é de que indivíduos com maior competência no domínio de uma dada função tenham escores mais altos que aqueles com menor competência. Esses princípios, no entanto, só se aplicam se o conjunto de itens medir uma habilidade unidimensional (VIEIRA; MADER, 1998; WRIGHT; STONE, 1979).

Programas computadorizados específicos para análise Rasch, como é o caso dos programas *WINSTEPS* (LINACRE; WRIGHT, 2005), calculam valores como a MnSq (goodness-of-fit) e o valor “t” associado a essa estimativa, que indicam se a relação entre a habilidade do indivíduo e a dificuldade do item atende aos pressupostos do modelo. Linacre & Wright (1992) sugeriram como valores razoáveis para sinalizar a adequação dos itens, um MnSq = 1 ± 0.3 , com valor associado de $t = \pm 2$. Um valor de MnSq muito alto indica que os escores nesse item foram muito variáveis ou erráticos. Em outras palavras, inesperadamente, pessoas com pior percepção de QV receberam escores altos nos itens difíceis ou vice-versa (CHERN *et al.*, 1996), o que sugere que, ou o item não combina com os outros para definir um contínuo de habilidade, ou existem problemas na definição do item, sendo necessária revisão do mesmo para que ocorra o enquadramento (CHERN *et al.*, 1996; LAI *et al.*, 1996). Em contrapartida, um valor de MnSq muito baixo (< 0.7) indica pouca variabilidade de escores naquele item, ou seja, o padrão de resposta foi muito previsível ou determinista (CHERN *et al.*, 1996; LAI *et al.*, 1996). O primeiro resultado representa uma grande ameaça para a validade do

teste, já o segundo, sinaliza que o item não discrimina pessoas com diferentes níveis de QV.

Nesse estudo, a análise da calibração dos itens do SSQOL foi feita incluindo todos os indivíduos para análise com o programa *WINSTEPS* 2005. Não foi possível fazer análise individualizada de acordo com a faixa etária (18-39, 40-59, a partir de 60 anos), tipo de AVE (isquêmico ou hemorrágico), e tempo de evolução (subagudo – três a seis meses, crônico – acima de seis meses), pois a amostra nestes casos seria muito pequena. No entanto, as características da amostragem foram identificadas no gráfico, destacando em cores e letras aspectos específicos que se queria estudar.

Como o escore errático indica maior problema na definição do item, foram assinalados para revisão os itens com valores de MnSq altos, em seus dois formatos, “*Infit*” e “*Outfit*”, que sinalizariam flutuações nas pontuações e a presença de escores extremos. A estatística “infit” atribui maior peso para variações no desempenho das pessoas que se localizam no nível de habilidade do item analisado. A estatística “outfit” é mais sensível à influência de escores extremos. Se mais de 5% do número total de itens do teste não se enquadram no modelo Rasch, isso indica que os itens da escala não combinam para medir um conceito unidimensional (LAI *et al.*, 1996).

O modelo Rasch fornece, ainda, o valor do erro associado à calibração dos itens e dos indivíduos, que informa a precisão das medidas obtidas. O valor do erro é usado para calcular o índice de separação dos itens por nível de dificuldade e de indivíduos por nível de QV, o que permite ter uma estimativa da capacidade

do teste para dividir a amostragem em diferentes níveis de QV. Espera-se que um teste divida os participantes em pelo menos três níveis de habilidade (baixo, médio e alto) (VELOZO *et al.*, 1995). Esse critério também foi analisado nesse estudo.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo um total de 50 hemiplégicos, com média de idade de $58,64 \pm 13,92$ anos (mínimo 18, 07;máximo 89,03), e tempo de evolução pós-AVE médio de $4,07 \pm 3,85$ anos (mínimo três meses, máximo 15 anos). Destes, 48% eram mulheres e 52% homens. Quanto o lado acometido pelo AVE, 54% eram hemiplégicos à direita e 46% à esquerda. A maioria não usava órtese (86%) e nenhum tipo de auxílio à marcha (70%).

Dos 50 hemiplégicos, 43 estavam em acompanhamento fisioterapêutico devido à condição neurológica. A grande maioria fazia uso de alguma medicação (94%), principalmente antihipertensivos. Em relação à presença de condições de saúde associadas, conforme apresentado no gráfico 1, 90% dos entrevistados relataram alguma doença, entre as quais a hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as mais frequentes.

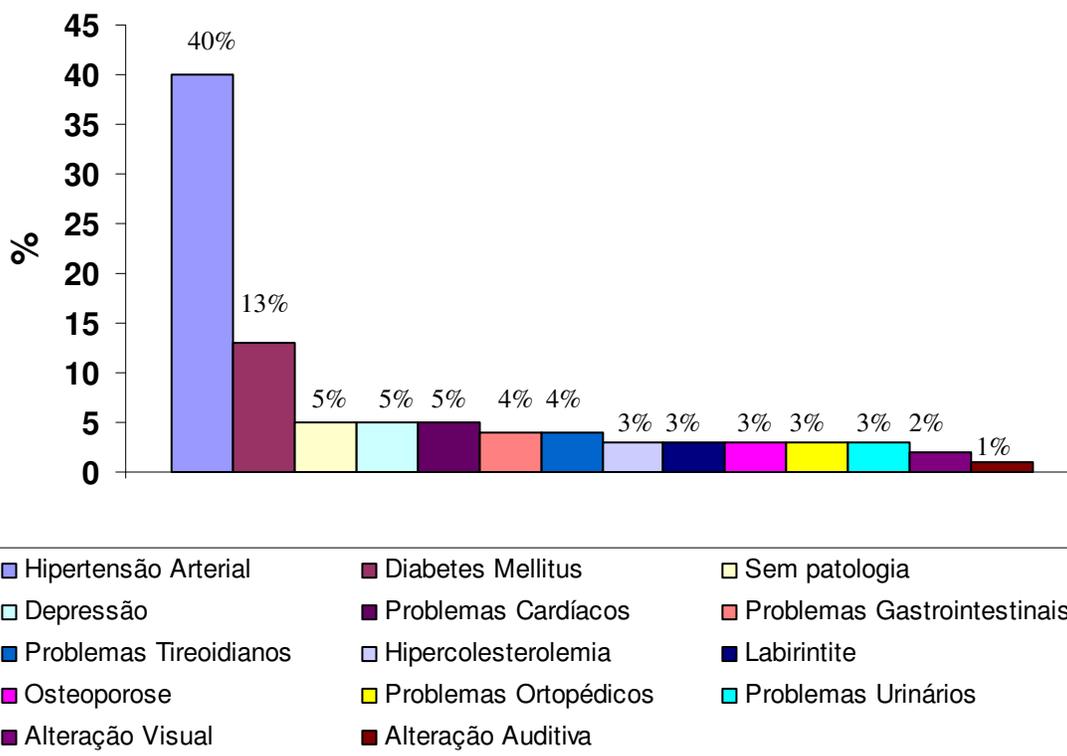


GRÁFICO 1 - Caracterização da amostra quanto às condições de saúde associadas.

O gráfico 2 ilustra a distribuição dos indivíduos da amostra quanto ao nível de escolaridade. Como pode ser observado, aproximadamente 28% deles não completaram o ensino fundamental e apenas três tinham curso superior concluído.

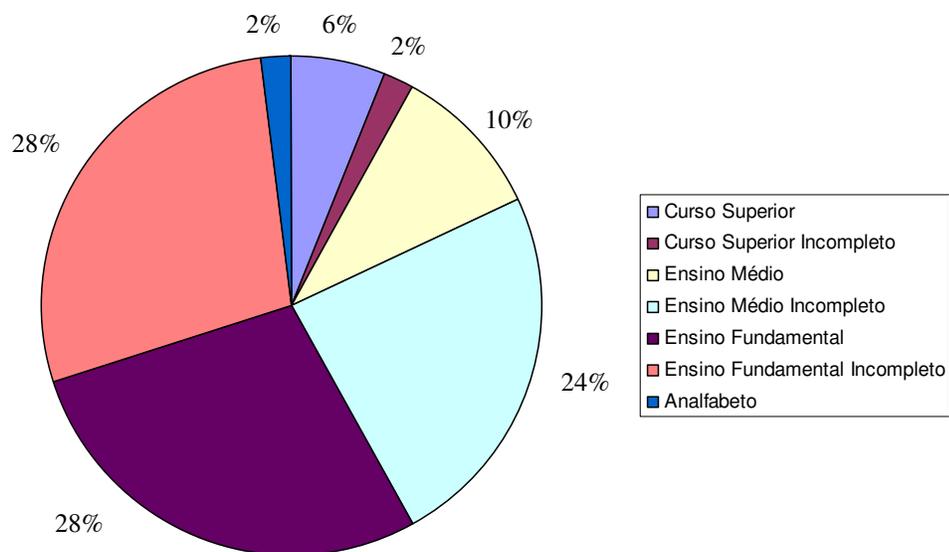


GRÁFICO 2 - Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Em relação ao estado civil, o gráfico 3 demonstra que 26 dos indivíduos eram casados, 11 solteiros, oito viúvos e cinco separados/divorciados.

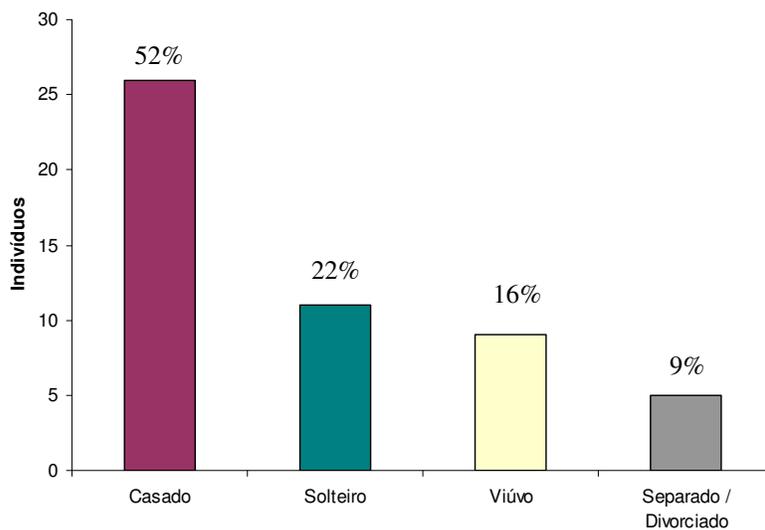


GRÁFICO 3 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil.

Dos 50 participantes, 33 aposentaram ou foram afastados por invalidez, 12 já estavam aposentados anteriormente ao episódio de AVE, três nunca haviam trabalhado, e apenas dois se mantinham em atividade profissional.

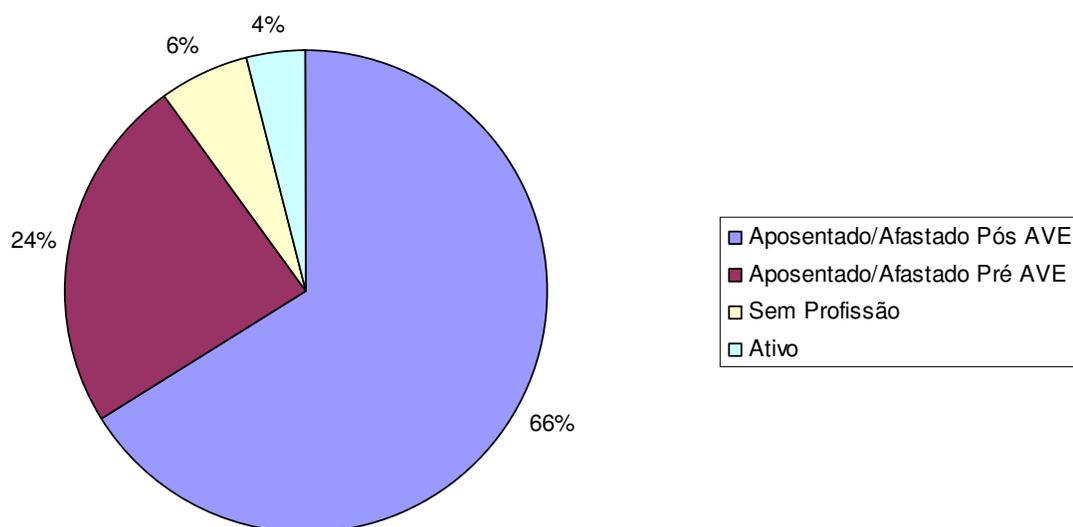


GRÁFICO 4 – Caracterização da amostra quanto à profissão.

3.2 Análise Rasch

Os resultados da análise Rasch para os itens do instrumento estão apresentados na Tabela 1, na qual estão discriminados os valores da calibração, MnSq e t (“infit” e “outfit”), para cada ítem. O item 49–3) Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer? (domínio Trabalho/Produtividade) foi o mais difícil, ou seja, obteve o menor escore bruto (121); e o 30–5) e o item Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário? (domínio Auto-Cuidado) foi o mais fácil, com maior escore bruto (246). Os resultados indicaram que dos 49 itens do questionário, quatro (8,16%) não se encaixaram nas expectativas do modelo: número 1–1) Eu me senti cansado a maior parte do tempo (domínio Energia), 4-1) Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família (domínio Papéis Familiares), 23–1) Eu estava irritável/irritado (“Com os nervos à flor da pele”) (domínio Personalidade), e 34–4) Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria (domínio Papéis Sociais). Eles apresentaram $MnSq > 1,3$ e $t > 2$.

Além dos itens que excederam o critério de enquadramento no modelo, foram localizados outros cujos parâmetros de encaixe devem ser analisados com certo cuidado. Dentre esses, estão os itens 38–3) Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas (domínio Memória/Concentração), 40–2) Você teve dificuldade para colocar meias? (domínio Função da Extremidade Superior), 46–3) Você teve dificuldade em ver as coisas nas suas laterais/de lado? (domínio Visão), e 8–2) Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone? (domínio Linguagem), que apresentaram MnSq superior a 1,3 no

formato “outfit” (1,32; 1,33; 1,33 e 1,35, respectivamente), apesar da pequena variabilidade ($t=1,2$ para o primeiro e $1,1$ para os três últimos).

Alguns itens foram mais previsíveis, apresentaram MnSq inferior a 0,7 nos formatos “infit” e “outfit”: 47–1) Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário? (domínio Trabalho/Produtividade – 0,59 e 0,62, respectivamente), 14–3) Você teve dificuldade para subir escadas? (domínio Mobilidade – 0,67 e 0,64), 16–5) Você teve dificuldade para permanecer de pé? (domínio Mobilidade – 0,57 e 0,51), e 9–3) Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse? (domínio Linguagem – 0,61 e 0,59).

TABELA 1 - Calibração dos Itens da EQVE-AVE

Item	Medida	Erro	Infit		Outfit	
			MnSq	T	MnSq	T
49. TP dificuldade no trabalho antigo	1.23	.13	.63	-2.2	.74	-1.2
35. PS condição física / vida social	1.08	.13	1.02	.2	1.04	.2
6. PF condição física / vida pessoal	1.06	.13	1.11	.7	1.11	.6
32. PS dediquei menos tempo hobbies/lazer	.78	.12	1.11	.7	1.00	.1
39. FES dificuldade escrever	.75	.12	1.09	.6	1.16	.8
47. TP dificuldade trabalho caseiro ***	.59	.12	.59	-2.8	.62	-2.1
5. PS eu senti que era um fardo	.57	.12	1.20	1.2	1.10	.6
33. PS não encontrei tantos amigos	.54	.12	1.06	.4	1.03	.2
23. P estava irritável *	.51	.12	1.40	2.2	1.39	1.8
34. PS teve menos relações sexuais *	.51	.12	1.87	4.2	1.87	3.5
24. P estava impaciente	.50	.12	1.16	1.0	1.12	.6
31. PS não sai com frequência	.38	.12	1.23	1.3	1.15	.7
12. M teve dificuldade para andar	.36	.12	.72	-1.7	.80	-1.0
18. H estava desanimado sobre futuro	.36	.12	1.21	1.2	1.09	.5
25. P personalidade mudou	.36	.12	1.09	.6	1.11	.6
26. AC ajuda para preparar comida	.33	.12	1.04	.3	1.08	.4
21. H tive pouca confiança em mim	.19	.13	1.04	.3	.94	-2
10. L dificuldade para encontrar a palavra	.11	.13	.87	-.7	.97	-1
14. M dificuldade para subir escadas ***	.09	.13	.67	-2.0	.64	-1.6
19. H não interessado em pessoas/atividades	.0	.13	1.06	.4	1.03	.2
13. M perdeu o equilíbrio abaixar/alcançar	.08	.13	.87	-.7	.78	-.9
48. TP dificuldade para terminar tarefas	.06	.13	.69	-1.8	.80	-.8
37. MC dificuldade para lembrar	.04	.13	.71	-1.7	.72	-1.1
2. E tive que para e descansar	.01	.13	.88	-.6	.98	.0
16. M dificuldade para permanecer de pé ***	.01	.13	.57	-2.7	.51	-2.2
20. H me senti afastado das pessoas	.01	.13	1.11	.6	.94	-.2
15. M ao andar ou usar CR teve que parar/descansar	-.03	.13	.73	-1.5	.70	-1.2
38. MC teve que anotar para lembrar **	-.07	.14	1.18	1.0	1.32	1.2
4. PF não participei lazer com família *	-.09	.14	1.39	1.8	1.73	2.3
1. E me senti cansado maior parte tempo *	-.10	.14	1.53	2.3	1.28	1.0
40. FES dificuldade para colocar meias **	-.14	.14	1.14	.7	1.33	1.1
46. V dificuldade para ver de lado **	-.16	.14	1.07	.4	1.33	1.1
36. MC difícil para concentrar	-.25	.15	1.18	.9	1.08	.4
3. E estava cansado demais para fazer o que queria	-.27	.15	1.13	.6	1.06	.3
17. M dificuldade levantar de cadeira	-.27	.15	.89	-.4	.70	-.9
7. L teve dificuldade para falar	-.29	.15	.83	-.7	1.15	.6
41. FES dificuldade para abotoar	-.29	.15	.98	.0	1.01	.1
8. L dificuldade de falar no telefone **	-.31	.15	1.05	.3	1.35	1.1
11. L teve que se repetir	-.34	.15	.78	-.9	.78	-.6
9. L pessoas tiveram dificuldade de entender ***	-.38	.16	.61	-1.8	.59	-1.3
44. V dificuldade enxergar televisão	-.43	.16	.67	-1.4	.97	.0
28. AC ajuda para se vestir	-.46	.16	1.00	.1	.83	-.4
22. H não estava interessado em comida	-.64	.18	.87	-.3	.60	-1.0
43. FES dificuldade para abrir jarra	-.64	.18	.94	-.1	.81	-.4
27. AC ajuda para comer	-.82	.20	.75	-.7	.72	-.6
42. FES dificuldade para usar zíper	-.86	.21	1.10	.4	.81	-.3
45. V dificuldade para alcançar coisas visão	-.86	.21	.56	-1.4	.78	-.4
29. AC ajuda para tomar banho	-.91	.22	1.23	.7	.82	-.3
30. AC ajuda para usar sanitário	-2.00	.46	1.14	.4	.62	-.3

Nota: * Itens erráticos MnSq > 1,3; t > 2; ** Itens com MnSq > 1,3 e t < 2; *** Itens previsíveis MnSq < 0,7; Domínios - TP: trabalho/produtividade, PS: papéis sociais, PF: papéis familiares, FES: função de extremidade superior, P: personalidade, M: mobilidade, H: humor, AC: auto-cuidado, L: linguagem, E: energia, MC: memória/concentração, V: visão.

Examinando-se a calibração dos indivíduos em relação ao nível de qualidade de vida e as respectivas estatísticas associadas às medidas, foram localizados cinco pessoas que não se enquadraram nas expectativas do modelo Rasch. A Tabela 2 mostra essa calibração, sinalizando os indivíduos com padrão errático: número 16 (46 anos, do sexo masculino, AVE isquêmico e crônico), 34 (61 anos, do sexo feminino, AVE isquêmico, crônico), 49 (72 anos, homem, AVE isquêmico, sub-agudo), 18 (74 anos, mulher, AVE hemorrágico, crônico) e 47 (89 anos, homem, AVE hemorrágico, crônico).

TABELA 2 - Calibração dos indivíduos analisados pela EQVE-AVE

Indivíduo	Medida	Erro	Infit		Outfit	
			MnSq	T	MnSq	T
238 18FIC	2.4	.34	1.13	.4	.55	-.7
234 78 MIC	2.05	.26	.63	-.8	.64	-.6
231 74 MIC	1.86	.23	1.27	.8	1.65	1.3
230 65 MIC	1.81	.23	.85	-.3	.65	-.7
229 54 MIC	1.76	.22	.94	-.1	.67	-.6
227 76 FISA	1.67	.21	.87	-.3	1.11	.4
223 61MISA	1.52	.19	1.13	.5	.77	-.5
222 70FIC	1.49	.18	1.10	.4	1.38	1.0
221 59MHC	1.45	.18	1.52	1.7	1.75	1.7
200 70MHC	1.36	.17	.78	-.8	.77	-.5
215 62FHC	1.28	.16	.97	.0	1.14	.5
215 57FIC	1.28	.16	.77	-.9	.73	-.7
211 70MIC	1.18	.16	1.29	1.2	.97	.0
211 52MHC	1.18	.16	.67	-1.5	.56	-1.5
208 48FIC	1.11	.15	1.42	1.7	1.18	.6
208 64MHC	1.11	.15	.62	-1.9	.63	-1.3
208 55FHC	1.11	.15	.77	-1.0	.88	-.3
207 49FHC	1.08	.15	1.24	1.1	.93	-.1
206 71FIC	1.06	.15	1.41	1.7	1.35	1.2
206 78MIC	1.06	.15	.63	-1.8	.68	-1.1
202 74MIC	.98	.14	1.22	1.1	1.31	1.1
201 65FIC	.96	.14	.72	-1.4	.64	-1.4
201 75MIC	.96	.14	.70	-1.5	.59	-1.6
198 55 FHC	.90	.14	1.06	.3	.94	-.1
192 51MHC	.79	.13	.84	-.8	.85	-.5
165 46MIC *	.79	.13	1.46	2.2	1.46	1.7
189 51FHC	.74	.13	.89	-.5	.84	-.6
188 51MHC	.72	.13	.62	-2.3	.56	-2.1
186 37FIC	.69	.13	1.26	1.4	1.07	.4
184 44MHC	.66	.13	.90	-.5	.90	-.4
155 59FHC	.62	.13	1.01	.1	.95	-.2
181 59FHC	.61	.13	1.18	1.0	1.18	.8
181 63FHC	.61	.13	1.36	1.9	1.38	1.6
177 65FHC	.54	.12	1.02	.2	.96	-.1
176 61FIC *	.53	.12	1.51	2.6	1.67	2.7
174 38FHC	.50	.12	.73	-1.7	.75	-1.2
169 72MISA *	.42	.12	1.54	2.8	1.56	2.4
168 76FIC	.41	.12	1.20	1.2	1.09	.5
166 25FISA	.38	.12	.88	-.7	.83	-.8
165 61FHC	.36	.12	.60	-2.7	.61	-2.2
164 65MIC	.35	.12	.94	-.3	1.01	.1
163 74FHC *	.33	.12	1.56	3.0	1.58	2.6
163 54MHC	.33	.12	.64	-2.5	.62	-2.1
160 47MIC	.29	.12	.69	-2.1	.66	-1.9
148 51MIC	.11	.12	1.23	1.3	1.16	.9
143 45MHSA	.04	.12	.44	-4.2	.45	-3.5
143 89MHC *	.04	.12	1.38	2.1	1.72	3.1
138 46FIC	-.04	.12	1.00	.1	.94	-.2
135 54MHC	-.07	.12	.48	-3.8	.47	-3.3
132 45MISA	-.13	.12	1.26	1.4	1.29	1.4

Nota: * Indivíduos que não se enquadraram $MnSq > 1,3$; $t > 2$; Em indivíduo: o primeiro número se refere ao escore total, o segundo à idade, F ou M se refere ao sexo – feminino ou masculino, H ou

I se refere ao tipo hemorrágico ou isquêmico, C ou AS se refere ao tempo de evolução – crônico ou sub-agudo.

O índice de separação dos indivíduos foi de 3,34, indicando que os itens dividiram as pessoas em três níveis de qualidade de vida. O índice de separação dos itens foi de 3,36, o que significa que eles foram divididos em pelo menos três níveis de dificuldade – baixa, média e alta. A estimativa de consistência interna ou estabilidade de calibração dos itens e das medidas de qualidade de vida dos indivíduos foi 0,92.

A Figura 1 mostra o mapa que representa o nível de dificuldade dos itens em relação à qualidade de vida dos indivíduos da amostragem. Esse mapa, baseado na calibração dos itens do instrumento, ilustra o contínuo de qualidade de vida da amostra, à esquerda, e o contínuo de dificuldade dos itens, à direita. No topo do contínuo, pode-se observar a presença de alguns indivíduos sem a presença de itens alinhados à direita. Na parte inferior, observa-se que alguns itens foram muito fáceis, não havendo na amostragem pessoas com qualidade de vida tão baixa. Essa figura diferencia em sublinhado e não-sublinhado os indivíduos sub-agudos e crônicos, respectivamente; os hemorrágicos com o símbolo # e isquêmicos X; e de 18-39 em verde, 40-59 vermelho, e acima de 60 preto. Na figura os itens correspondentes aos 12 domínios aparecem diferenciados por cor – Energia: verde escuro, Papéis Familiares: azul escuro, Linguagem: vermelho, Mobilidade: laranja, Humor: preto, Personalidade: roxo, Auto-Cuidado: amarelo, Papéis Sociais: cinza, memória/Concentração: verde

claro, Função da Extremidade Superior: azul claro, Visão: rosa, Trabalho/Produtividade: marrom.

Observando-se a figura 1, os efeitos solo e teto parecem acontecer. Ou seja, na parte inferior do contínuo existem itens fáceis demais, sem indivíduos com tão pouca QV (efeito solo); e na parte superior indivíduos sem itens para avaliá-los, com muita QV (efeito teto).

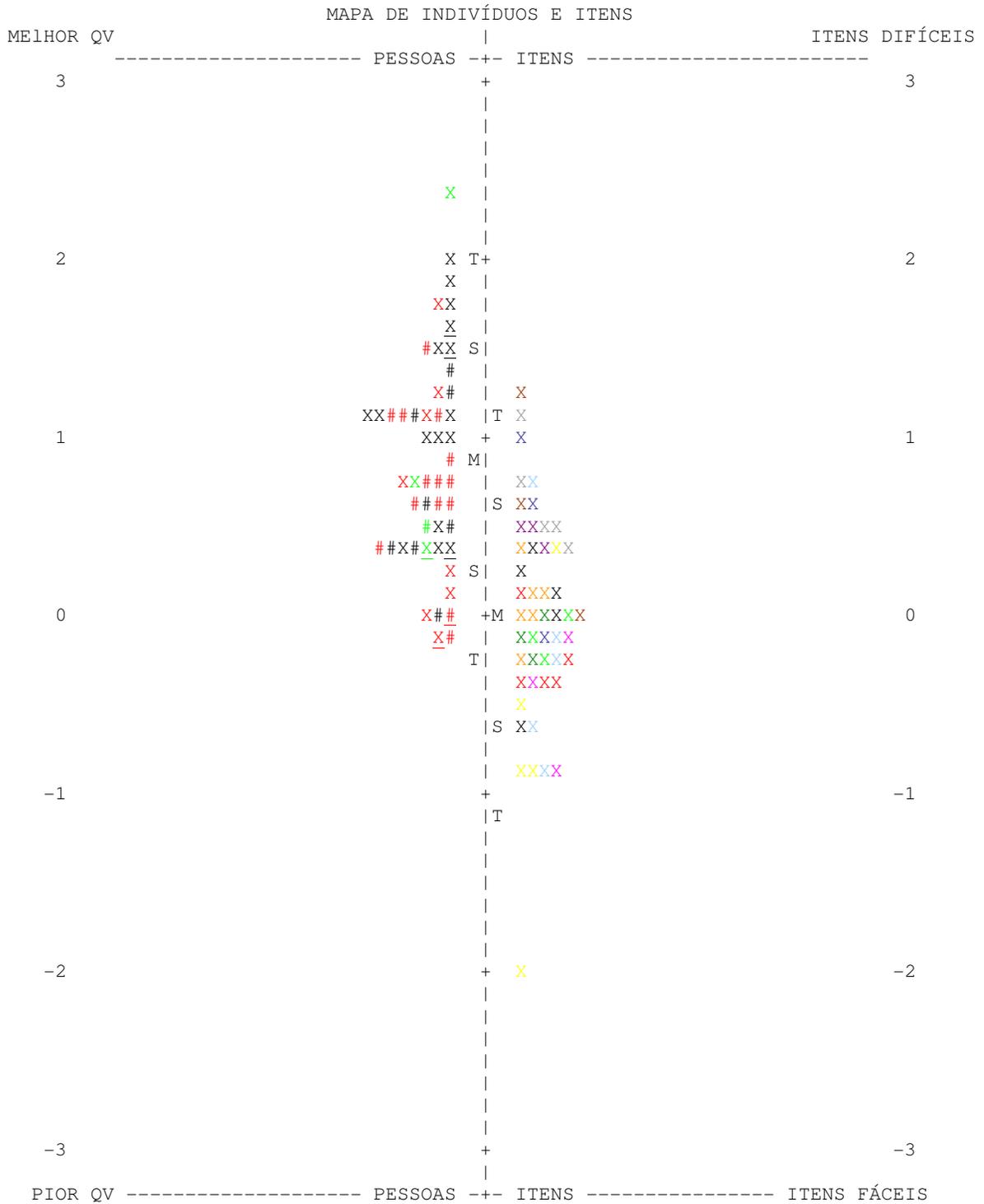


FIGURA 1 – Mapa representativo da distribuição dos indivíduos e itens em relação aos níveis de Qualidade de Vida
 Nota: Itens diferenciados por cor de acordo com o domínio. Indivíduos representados por X isquêmicos, e por # hemorrágicos; sublinhados sub-agudo, e não sublinhados crônicos; em verde de 18-39 anos, em vermelho de 40-59, e em preto > 60.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar as propriedades psicométricas da versão traduzida e adaptada para o português – Brasil da EQVE-AVE, em 50 hemiplégicos da comunidade. Adequada confiabilidade de teste-reteste foi observada. Os resultados da análise Rasch indicaram que, dos 49 itens da EQVE-AVE, quatro não se encaixaram nas expectativas do modelo. A EQVE-AVE apresentou adequada consistência interna e confiabilidade das respostas dos indivíduos. A obtenção da versão traduzida seguiu procedimentos recomendados por Beaton *et al.* (2000) no processo de adaptação para a língua portuguesa – Brasil, e não foram necessárias grandes modificações nos itens. Em face do baixo nível educacional da maior parte da população brasileira (INEP, 2003), o comitê de juízes recomendou que o questionário fosse aplicado em forma de entrevista, assim como no seu formato original – SSQOL.

O SSQOL é um instrumento específico para avaliação da QV de hemiplégicos decorrentes de AVE e mostrou ter boa validade, confiabilidade e sensibilidade (WILLIAMS *et al.*, 1999b) em sua versão original. O instrumento já foi adaptado transculturalmente para outros países, entre eles a Dinamarca onde mostrou ser aceitável, inclusive para indivíduos com alterações de linguagem (MUUS; RINGSBERG, 2005).

Durante o processo de adaptação para a língua portuguesa – do Brasil, foi necessária somente a colocação da frase “Com os nervos à flor da pele” em uma das questões para facilitar o seu entendimento. A EQVE-AVE adaptada transculturalmente foi aplicada em 50 hemiplégicos, crônicos e sub-agudos, hemorrágicos e isquêmicos, em adultos jovens, adultos velhos e idosos, com comprometimento leve a moderado – todos deambulavam e podiam ser considerados independentes ou semi-independentes para a realização das atividades de vida diária. Nenhum indivíduo apresentava déficit de compreensão, e somente um apresentava afasia motora, mas conseguia compreender completamente o que a ele era falado e se fazer compreender.

Os dados coletados a partir da aplicação da versão adaptada da EQVE-AVE nos hemiplégicos foram submetidos à análise estatística. Como resultado, obteve-se um coeficiente global de confiabilidade da calibração de 0,92, que indica estabilidade da calibração dos itens. Para os indivíduos, esse coeficiente também foi de 0,92, o que significa que as respostas dos indivíduos também foram bastante confiáveis e, portanto, as medidas podem ser reproduzidas em aplicações subseqüentes do teste.

O valor encontrado para o índice de separação dos indivíduos da amostra foi de 3,34, informando que os mesmos foram divididos em três níveis de qualidade de vida: baixa, média e alta. O esperado em análise de teste como a EQVE-AVE é que haja um pequeno número de indivíduos na parte superior do contínuo, ou seja, poucas pessoas com alta QV e também um pequeno número na parte inferior do contínuo, isto é, poucas pessoas muito debilitadas, com baixa QV.

A maioria deve estar distribuída no terço médio do contínuo, caracterizando uma QV moderada, comportamento esse que, conforme observado na figura 1, foi reproduzido.

A análise Rasch mostrou que quatro itens (8,16%) apresentaram comportamento errático, o que é mais que o recomendado (5%) para se considerar que o instrumento mede um conceito unidimensional. Os itens foram o de número 1–1) “Eu me senti cansado a maior parte do tempo” (domínio Energia), 4-1) “Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família” (domínio Papéis Familiares), 23–1) “Eu estava irritável (“Com os nervos à flor da pele”)” (domínio Personalidade), e 34–4) “Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria” (domínio Papéis Sociais).

Com relação ao item 1, ao considerar que os indivíduos da amostra tinham comprometimento leve ou moderado, e não havia nenhum indivíduo grave, era de se esperar que os indivíduos não se sentiriam cansados durante a maior parte do tempo. Para esse item, um padrão inesperado de resposta ocorreu com maior expressividade na avaliação de apenas um indivíduo, o de número 14. Era uma senhora de 71 anos, com seqüelas crônicas (seis anos), portanto já bem adaptada, e bastante funcional, que tinha realizado na semana referente às respostas, uma viagem para Aparecida do Norte, ficando bastante cansada. Mesmo assim seu cansaço não a impediu de realizar o que queria e/ou necessitava fazer.

Da mesma forma no item quatro, sendo indivíduos independentes ou semi-dependentes, o normal seria esperar que os mesmos não teriam dificuldades em

participar de atividades de lazer com a família. A não participação em atividades de lazer poderia ser explicada pelo fato de que muitos tinham hábitos mais caseiros, preferiam ficar em casa a sair para festas, ou outra forma de lazer. O ato de se divertir, além de envolver questões religiosas, depende dos costumes das pessoas (SOUZA, 2005). Portanto, o não se divertir, nesse caso, principalmente em se tratando de uma amostra com mais indivíduos idosos, pode não estar refletindo a inabilidade de realizar, mas a falta de costume ou de interesse.

Neste item, os indivíduos que apresentaram respostas inesperadas foram o de número 9 e 44. O primeiro era um senhor de 74 anos, com tempo de evolução pós-AVE de 6 anos, independente do ponto de vista funcional, mas que preferia se distrair sozinho a participar de atividades com a família, apesar de ter condições para realizá-las. Sua atividade preferida era realizar caminhada em volta da lagoa da Pampulha, em Belo Horizonte, sozinho. O outro participante com padrão inesperado de resposta, era uma mulher, 55 anos, que morava apenas com a filha não tendo o hábito de se divertir com familiares, já que não tinha praticamente nenhum contato com os mesmos.

Ao analisar o item 23 - “Eu estava irritável. (Com os nervos à flor da pele)”, percebe-se que a questão da irritabilidade pode acontecer com qualquer indivíduo, independente da sua situação física, funcional ou QV. Pessoas sem nenhuma doença se irritam e esta é uma situação passageira, não diretamente associada a um problema de saúde.

Outro item problema foi o 34 relacionado à questão sexual: “Eu tive relações sexuais com menos frequência do que eu gostaria”. Ao analisar a média

de idade da amostra ($58,6 \pm 13,9$), percebe-se que muitos não tinham condições físicas ou vontade, já não sendo uma questão fundamental em suas vidas, talvez pela idade ou pelo fato de muitos não terem companheiros (22% solteiros, 18% viúvos, 9% separados/divorciados). No entanto, dois indivíduos apresentaram padrão de resposta inesperado neste item, o de número 7 e 36. A primeira era solteira, 49 anos, não tinha namorado ou companheiro e cuidava dos pais idosos e doentes. Teria condições físicas para o ato sexual e gostaria de ter relações, mas o que a impedia era a falta de um companheiro. Já o segundo era um senhor de 65 anos, casado, que relatou que não tinha relações sexuais pelo fato da esposa já não mais querer.

Os itens erráticos que não combinam com os outros itens para medir um constructo unidimensional, comprometem a validade de constructo do instrumento, indicando a necessidade de sua revisão, substituição ou exclusão. Em estudos subseqüentes, o comportamento desses itens deve ser monitorizado para verificar se os problemas observados no presente estudo persistirão. Caso isso ocorra, deve-se considerar a possibilidade de revisá-los ou mesmo eliminá-los. Nesta amostra eles foram justificados.

Em alguns outros itens, o valor do MnSq excedeu o valor máximo de 1,3 recomendado para análise, no formato "outfit". Apesar disso, não podem ser considerados erráticos porque o valor de t associado foi inferior a 2. Um MnSq alto significa que esses itens sofreram alguma influência de escore errático, mas como houve muita variação na amostragem, o valor t foi reduzido. Isso significa que eles podem vir a representar problemas para o instrumento. Os itens com esse tipo de

padrão de resposta foram: 38–3) Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas (domínio Memória/Concentração), 40–2) Você teve dificuldade para colocar meias? (domínio Função da Extremidade Superior), 46–3) Você teve dificuldade em ver as coisas nas suas laterais/de lado? (domínio Visão), e 8–2) Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone? (domínio Linguagem).

O item relacionado a anotar coisas para não se esquecer, cujo MnSq foi 1,32 com valor $t=1,2$, teve um indivíduo com resposta inesperada: o mesmo senhor que prefere ficar mais sozinho, o de número 9. Em sua anamnese uma das queixas principais era o esquecimento. Além disso, segundo seu relato e de sua filha, como ficava em casa muitas vezes sozinho, acabava atendendo aos telefonemas que eram para sua esposa, em geral de encomendas de salgados, e para não esquecer tinha o hábito de anotar. Hábito este que parece não ser muito comum entre as pessoas. Nenhum dos indivíduos da amostra apresentava déficit de memória importante.

Ainda este indivíduo obteve resposta inesperada no item relacionado à apresentar dificuldade em ver coisas nas laterais. Este item apresentou MnSq=1,33 e valor $t=1,1$. Pesquisas já evidenciaram que indivíduos com seqüelas de AVE podem apresentar alterações visuais (DUNCAN *et al.*, 2003a e b; LAI *et al.*, 2003; PRICE *et al.*, 1999; WILLIAMS *et al.*, 1999a). No entanto, no indivíduo de número 9 este fato não trouxe prejuízo funcional direto. Ele continuou sendo funcional, mesmo tendo dificuldades em enxergar de lado. Por ser crônico, seu

próprio organismo talvez já tenha conseguido adaptar-se a esta condição visual específica.

A opção de se administrar o questionário neste estudo e no estudo original (WILLIAMS *et al.*, 1999b) em formato de entrevista facilita o entendimento do indivíduo. Essas alterações visuais que podem estar presentes tanto pela presença de seqüela visual decorrente do AVE quanto por alterações advindas do envelhecimento e podem trazer dificuldade ao indivíduo para sua leitura.

O item dificuldade para colocar meias apresentou $MnSq=1,33$ e valor $t=1,1$. Este item indicou que o indivíduo de número 37, uma senhora de 70 anos, que tinha por queixa principal “perna esquerda presa, pesada”, apresentou resposta inesperada. Esta senhora apresentava função em sua mão esquerda, parética, no entanto apresentava dificuldade para calçar meia em função da debilidade apresentada no membro inferior do que problema propriamente da extremidade superior. A dificuldade do uso da extremidade superior é muito relatada em indivíduos que apresentam seqüela de AVE. Em geral, a função da mão não consegue ser restabelecida e gera importante limitação funcional (WILLIAMS *et al.*, 1999b).

O último item que foi considerado um problema em potencial foi o referente à dificuldade para falar ao telefone ($MnSq=1,35$; $t=1,1$). O indivíduo que apresentou resposta inesperada foi justamente o único que apresentava afasia motora, ou seja, tinha dificuldade em falar mas compreendia perfeitamente o que deveria ou queria dizer. Muitos instrumentos existentes para avaliar hemiplégicos excluem indivíduos com alteração de linguagem e ou alteração cognitiva, e são

justamente os indivíduos que talvez mais se encontrem isolados e excluídos socialmente, com prejuízo da QV (HILARI *et al.*, 2003). O SSQOL foi originalmente feito para avaliar indivíduos que não apresentassem afasia (WILLIAMS *et al.*, 1999b). Neste estudo optou-se por excluir somente os que possuíssem afasia sensitiva, que fatalmente poria em risco a compreensão do estava sendo lido pelo entrevistador ao indivíduo, já que a administração do questionário foi através de entrevista. O próprio SSQOL já ganhou uma versão adaptada para uso em indivíduos com afasia – *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL)* (HILARI *et al.*, 2003).

Como dito anteriormente, alterações cognitivas também podem estar presentes em até 35% dos indivíduos hemiplégicos pós-AVE. Esses indivíduos com alterações cognitivas associadas ao comprometimento físico, em geral, apresentam pior recuperação da performance funcional e acabam por ficar mais dependentes no dia-a-dia. É de fundamental importância a avaliação da cognição associada aos outros parâmetros físicos, funcionais e de QV, para se maximizar o programa de reabilitação. O uso de instrumentos nestes casos deve ser bem analisado, visto que nem todos terão a mesma interpretação (ZINN *et al.*, 2004). No caso da EQVE-AVE, seu uso necessitou mínima compreensão dos indivíduos para que pudesse ser respondida adequadamente.

Além dos itens problemáticos ou com problema em potencial, foram apontados pela análise estatística itens previsíveis, ou seja, cuja resposta apresentou pouca variação entre indivíduos. Esses itens apresentaram valor de MnSq abaixo de 0,7 nos formatos “infit” e “outfit”, e foram os seguintes: 47–1)

Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário? (domínio Trabalho/Produtividade - MnSq “infit” 0,59 e “outfit” 0,62), 14–3) Você teve dificuldade para subir escadas? (domínio Mobilidade - 0,67 “infit”, 0,64 “outfit”), 16–5) Você teve dificuldade para permanecer de pé? (domínio Mobilidade - 0,57 “infit”, 0,51 “outfit”), e 9–3) Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse? (domínio Linguagem - MnSq “infit” 0,61 e “outfit” 0,59). Na verdade, estes itens não apresentam ameaça para a validade do teste, simplesmente sinalizam que não discriminam pessoas com diferentes níveis de QV.

Todos esses são itens que acabam por ficar alterados após o AVE, seja com comprometimento leve, moderado ou grave, ou que são fáceis para as pessoas em geral, tendo ou não seqüela de AVE. Muitos indivíduos, mesmo com bom desempenho motor e funcional relataram ter dificuldade em arrumar a casa da mesma forma que arrumavam antes do episódio; que antes do AVE conseguiam subir e descer escadas sem ser necessário o uso do corrimão ou outro apoio e após o AVE um mínimo de cuidado devia ser tomado; além de acharem que as outras pessoas nem sempre conseguiam compreender o que falam. No item relacionado a ficar de pé a maioria não apresentou dificuldade, por ser uma atividade relativamente fácil.

Em relação ao padrão errático das respostas, foram apontadas pela análise cinco pessoas cujas respostas foram muito variáveis. Isso significa que a pontuação está sujeita a variações de acordo com diferentes características individuais e situações, que devem ser observadas na interpretação dos resultados. Os cinco indivíduos foram: número 16 – homem, 46 anos, AVE

isquêmico, crônico; 18 – mulher, 74 anos, AVE hemorrágico, crônica; 34 – mulher, 61 anos, AVE isquêmico, crônica; 47 – homem, 89 anos, AVE hemorrágico, crônico; e 49 – homem, 72 anos, AVE isquêmico, sub-agudo.

Ao observar os indivíduos ao longo do contínuo na Figura 1, separados por tipo de AVE, tempo de acometimento e faixa etária, algumas inferências podem ser feitas. Em relação ao tipo – Isquêmico ou Hemorrágico, pode-se observar que os dois se distribuem ao longo de todo o contínuo, mas há uma maior concentração de indivíduos isquêmicos no topo da escala. Em geral, as seqüelas deixadas por AVE hemorrágico são mais graves que um AVE isquêmico, quando consideradas as mesmas características (local e extensão de lesão, sexo, idade) (CARR; SHEPHERD, 2000). No entanto, como o comprometimento da QV não é avaliado somente por parâmetros físicos, podem-se encontrar indivíduos isquêmicos com piores seqüelas que hemorrágicos, o que reforça a complexidade do termo QV, que envolve questões emocionais, físicas e sociais. No presente estudo, optou-se por incluir indivíduos hemorrágicos na amostra, ao contrário da versão original, para que fosse possível analisar possíveis diferenças.

A amostra do presente estudo foi composta em sua maioria por indivíduos crônicos, com mais de seis meses pós episódio do AVE, e somente seis eram sub-agudos (de três a seis meses). Parece não ter havido diferença entre os dois. Os indivíduos sub-agudos foram distribuídos ao longo de todo o contínuo, assim como os crônicos. Esta é uma afirmativa que deve ser analisada com cautela, já que o número de indivíduos sub-agudos é muito pequeno.

Por fim, a separação por faixa etária mostrou que os indivíduos adultos jovens (18 a 39 anos) se mantiveram em posição de média a alta QV, e os outros adultos e idosos (40-59 anos, e acima de 60, respectivamente) apareceram bem distribuídos ao longo de todo o contínuo, com maior tendência a melhor QV para os indivíduos idosos. Existem evidências que indivíduos idosos conseguem se ajustar bem, psicologicamente, à sua condição de saúde, aceitando suas limitações (HACKETT *et al.*, 2000), mas cuidados devem ser tomados ao se avaliar somente um parâmetro. Novamente, a avaliação nunca deve se restringir a uma única característica.

Também é interessante analisar a distribuição dos itens ao longo do contínuo. Como o instrumento aborda 12 domínios e indivíduos hemiplégicos apresentam grande variabilidade de sintomas, alguns domínios tiveram questões mais fáceis e outros mais difíceis. O ideal seria que as questões de cada domínio se distribuíssem ao longo de todo o contínuo, ou seja, dentro de cada domínio houvesse questões fáceis e difíceis. Novamente realizando uma inferência, pode-se observar que os domínios Papéis Familiares, Função de Extremidade Superior, e Trabalho/Produtividade estão mais bem distribuídos, envolvendo os três níveis de QV. Os domínios Auto-Cuidado e Papéis Sociais aparentam cobrir pouca e média QV, e média e alta QV, respectivamente. Já os outros domínios tiveram menor distribuição, se concentrando em uma QV mais baixa (Memória/Concentração e Visão), e mediana (Energia, Linguagem, Mobilidade, Humor e Personalidade).

Como discutido no parágrafo anterior, nenhum hemiplégico é idêntico ao outro. Estudos reportam grande variabilidade, tanto do acometimento motor

quanto funcional. Há uma imensa possibilidade de manifestações e incapacidades, todas dependentes de local de lesão, extensão de lesão, sexo, idade, experiências prévias (HAMEDANI *et al.*, 2001; MOON *et al.*, 2004; WILLIAMS *et al.*, 1999a). Sendo assim, é de grande importância que existam itens que possam avaliar toda essa gama de apresentações.

A presença de itens muito fáceis e muito difíceis constitui uma vantagem para o instrumento. A presença de itens fáceis garante que ele possa ser administrado a indivíduos mais debilitados ou institucionalizados, sem risco de ocorrer o que se chama de *floor effect* ou efeito solo. Por outro lado, a presença de itens difíceis permite sua utilização em pessoas com um nível de QV mais alto, inclusive jovens ou adolescentes, com melhor QV, sem o risco do *ceiling effect* ou efeito teto (SOUZA, 2005). No presente estudo a EQVE-AVE apresentou itens fáceis demais, sem indivíduos com tão pouca QV que pudessem se alinhar no nível correspondente a esses itens, apesar de apresentar nível de separação de itens igual a 3,36. Se aplicada em uma população mais deficiente do ponto de vista funcional, talvez pudesse ser observada uma outra distribuição dos indivíduos, cobrindo os níveis inferiores da escala.

Os resultados do presente estudo refletem o padrão de desempenho de uma amostragem de hemiplégicos de nível de escolaridade mediana, com nível de seqüelas de leve a moderado, com tempo de evolução médio pós-AVE de 4 anos, média de idade de 58 anos e decorrentes de AVE isquêmico e hemorrágico. É importante que em estudos subseqüentes, a EQVE-AVE seja aplicada em outras amostragens, para que a validade do instrumento seja mais amplamente

pesquisada. Se, em outros tipos de amostras, persistir um número superior a 5% de itens erráticos, sugere-se, após consulta e aprovação dos autores, modificações no instrumento, que possam incluir adaptações ou exclusão de itens, seguidas de estudos subseqüentes para a avaliação do instrumento modificado.

A análise mostrou que a EQVE-AVE pode ser utilizada na clínica, com indivíduos semelhantes à amostra do presente estudo. No entanto, sugere-se que o entrevistador reforce as instruções iniciais em diferentes momentos do questionário, especialmente para aqueles itens que apresentaram grande variabilidade nas respostas ou tendência à variabilidade. É preciso, também, que o avaliador esteja atento à interpretação dos resultados do teste, observando as respostas dos itens problemáticos ou com problemas em potencial, de forma a assegurar que o escore final represente o nível de qualidade de vida verdadeiro do indivíduo.

Instrumentos criados em outros países devem passar por processo padronizado de adaptação transcultural, para que se consiga adequação da linguagem, seguido de exame de validade e confiabilidade. Para garantir a validade na população brasileira, ainda será necessário que a EQVE-AVE seja aplicada em amostras com características diferentes da população avaliada neste estudo.

Vale lembrar que para melhor caracterizar as incapacidades relacionadas ao AVE, os profissionais de saúde devem usar um modelo composto por medidas que englobem todos os domínios afetados pela doença, em todos os níveis propostos pela CIF: estrutura e função do corpo, atividade e participação, sempre trazendo associado o conceito de QV. A partir de uma avaliação completa será

possível fazer melhores planos de tratamento e intensificar a reabilitação do indivíduo (DUNCAN, 1994).

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

Neste estudo, a versão em Português da EQVE-AVE mostrou-se um instrumento clinicamente útil, demonstrando boa confiabilidade das medidas, estabilidade nas respostas e permitindo a discriminação de indivíduos e itens em diferentes níveis de qualidade de vida. Entretanto, a validade de constructo se mostrou comprometida pela presença de alguns itens que, para a amostra em questão, foram problemáticos, com alta variabilidade nas respostas. Deve-se ressaltar que esses resultados refletem o padrão de desempenho de uma amostragem de hemiplégicos específica e é possível que itens com desempenho errático neste estudo apresentem comportamento diferente, se aplicados em outros tipos de amostra. No entanto, quando administrado a indivíduos semelhantes a presente amostra, é preciso que o examinador tenha cautela na interpretação dos resultados do teste nos itens considerados problemáticos ou com problemas em potencial. Dessa forma, é possível assegurar que o escore final, obtido pela aplicação do instrumento, reflita os níveis reais de qualidade de vida. Sugere-se que a EQVE-AVE seja aplicada em amostras diferentes para que a validade na população brasileira seja melhor definida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRY, H.C.; EATHORNE, S.W. Exercício e envelhecimento – problemas para o médico. In: McKEAG, O. B. *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

BEATON, D.E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, v. 35, n. 24, p. 3186-91, 2000.

BERZON, R.A. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: STAQUET, M. J.; HAYS, R. D.; FAYERS, P. M. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials – Methods and Practice*. New York: Oxford University Press, 1998.

BUCK, D. *et al.* Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*, v. 31, p. 2004-10, 2000.

BUNNUALES, M.T.J.; DIEGO, P.G.; MORENO, J.M.M. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. *Revista Espanhola de Saúde Pública*, v. 76, n. 4, p. 271-79, 2002.

CARR, A.J.; THOMPSON, P.W.; KIRWAN, J.R. Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, v. 36, p. 275-81, 1996.

CARR, J.; SHEPHERD, R. *Neurological rehabilitation: optimizing motor performance*. Oxford: Butterworth Heinemann, 2000.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item

Short-Form Health Survey (SF-36)". São Paulo, 1997. Originalmente apresentado como dissertação de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, 1997.

CHERN, J. *et al.* The volitional questionnaire: psychometric development and practical use. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 50, p. 516-25, 1996.

DIAS, R.C. Impacto de um Protocolo de Fisioterapia sobre a Qualidade de Vida de Idosos com Osteoartrite de Joelhos. São Paulo, 1999. Originalmente apresentada como dissertação de Doutorado, Escola Paulista de Medicina, 1999.

DORMAN, P. *et al.* Qualitative comparison of the reliability of health status assessments with the EuroQol and SF36 questionnaires after Stroke. *Stroke*, v. 29, p. 63-8, 1998.

DUNCAN, P.W. Stroke disability. *Physical Therapy*, v. 74, p. 399-407, 1994.

DUNCAN, P.W. *et al.* Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: the stroke impact scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 84, p. 950-63, 2003.

DUNCAN, P.W. *et al.* Stroke Impact Scale – 16 – a brief assessment of physical function. *Neurology*, v. 60, p. 291-6, 2003.

DUNCAN, P.W.; JORGENSEN, H.S.; WADE, D.T. Outcome measures in acute stroke trials. *Stroke*, v. 31, p. 1429-38, 2000.

DUNCAN, P.W. *et al.* The Stroke Impact Scale version 2.0 – evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, v. 30, p. 2131-40, 1999.

DUNN, W. Towards a common language for functioning and disability: ICDH-2 – The international classification of functioning and disability world health organization. In:

DUNN, W. *Best Practice Occupational Therapy – In Community service with Children and Families*. Kansas: Slack Incorporated, 2000.

GLADSTONE, D.J.; BLACK, S.E.; HAKIM, A.M. Toward wisdom from failure: lessons from neuroprotective stroke trials and new therapeutic directions. *Stroke*, v. 33, p. 2123-36, 2002.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da organização mundial de saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 41-9, 1997.

GOMES, G.C. Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala performance oriented mobility assessment (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados. Campinas, 2003. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, UNICAMP, 2003.

GRAY, D.B.; HENDERSHOT, G.E. The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 81, n. 2, p. S10-S14, 2000.

GUCCIONE, A.A. Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. *Physical therapy*, v. 71, n. 7, p. 499-504, 1991.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, v. 118, p. 622-29, 1993.

HACKETT, M.L. *et al.* Health-related quality of life among long-term survivors of stroke. *Stroke*, v. 31, p. 440-7, 2000.

HALEY, S.M.; COSTER, W.J.; BLINDA-SUNDBERG, K. Measuring physical disablement: the contextual challenge. *Physical therapy*, v. 74, n. 5, p. 443-51, 1994.

HAMEDANI, A.G. *et al.* A quality of life instrument for young hemorrhagic stroke patients. *Stroke*, v. 32, p. 687-95, 2001.

HILARI, K. *et al.* Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) – evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, v. 34, p. 1944-50, 2003.

HOBART, J.C. *et al.* Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. *Stroke*, v. 33, p. 1348-56, 2002.

HOPMAN, W.M.; VERNER, J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, v. 34, p. 801-05, 2003.

HUNT, S.M. Cross-cultural issues in the use of quality of life measures in randomized controlled trials. In: STAQUET, M. J.; HAYS, R. D.; FAYERS, P. M. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials – Methods and Practice*. New York: Oxford University Press, 1998.

INDREDAVIK, B. *et al.* Stroke unit treatment improves long-term quality of life – a randomized controlled trial. *Stroke*, v. 29, p. 895-99, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. *O mapa do analfabetismo no Brasil*. 2003. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/estatísticas/analfabetismo/> Acesso em 27 abr. 2004.

KELLY-HAYES, M. *et al.* The American Heart Association Stroke outcome classification. *Stroke*, v. 29, p. 1274-80, 1998.

LAI, S.M.; DUNCAN, P.W.; KEIGHLEY, J. Prediction of functional outcome after stroke – comparison of the Orpington Prognostic Scale and the NIH Stroke Scale. *Stroke*, v. 29, p. 1838-42, 1998.

LAI, J.S. *et al.* Construct validity of the sensory integration and praxis tests. *The Occupational Therapy Journal Research*, v. 16, p. 75-97, 1996.

LAI, S.M. *et al.* Physical and social functioning after stroke – comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke*, v. 34, p. 488-93, 2003.

LAI, S.M. *et al.* Persisting consequences of stroke measured by the Stroke Impact Scale. *Stroke*, v. 33, p. 1840-44, 2002.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 9, n. 4, p. 509-18, 1999.

LINACRE, M.J.; WRIGHT, B.D. *BIGSTEPS: Rasch-Model Computer Program*. Chicago: MESA Press, 2005.

MAGALHÃES, L.C. *et al.* Cross-cultural assessment of functional ability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 16, n. 1, p. 45-63, 1996.

MANCINI, M.C. *et al.* Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 60, n. 2-B, p. 446-52, 2002.

MOON, Y.S. *et al.* Correlates of quality of life after stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, v. 224, p. 37-41, 2004.

MUUS, I.; RINGSBERG, K. C. Stroke specific quality of life scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties. *Scandinavia Journal of Caring Science*, v. 19, p. 140-7, 2005.

NATIONAL STROKE ASSOCIATION: Stroke survivors. Disponível em: http://www.stroke.org/recov_rehab.cfm . Acesso em 15 de abr. 2006.

NOBREGA, A.C.L. *et al.* Posicionamento oficial da sociedade brasileira de medicina do esporte e da sociedade brasileira de geriatria e gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, v. 5, n. 6, p. 207-11, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M., editors. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PICKARD, A.S. *et al.* Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. *Stroke*, v. 30, p. 1213-17, 1999.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

PRICE, C.I.M.; CURLESS, R.H.; RODGERS, H. Can stroke patients use visual analogue scales? *Stroke*, v. 30, p. 1357-61, 1999.

REJESKI, W.J.; SHUMAKER, S. Knee osteoarthritis and health-related quality of life. *Medicine and Sciences of Sports and Exercises*, v. 26, n. 12, p. 1441-45, 1994.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 84, s. 2, p. 29-34, 2003.

SHARP, A.S. Isokinetic strength training of the knee in persons with chronic hemiplegia: effects on function and spasticity. Kingston, 1996. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Queen's University, 1996.

SILVERSTEIN, B. *et al.* Applying psychometric criteria to functional assessment in medical rehabilitation: II- defining interval measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 73, p. 507-18, 1992.

SOUZA, A.C. Perfil de atividade humana: adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas. Belo Horizonte, 2005. Originalmente apresentada como dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

STINEMAN, M.G.; GRANGER, C.V. Epidemiology of stroke-related disability and rehabilitation outcome. *Physical Medicine Rehabilitation Clinical of North American*, v.2, p. 457-71, 1991.

STURM, J. W. *et al.* Brief comprehensive quality of life assessment after stroke – the assessment of quality of life instrument in the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, v. 33, p. 2888-94, 2002.

TENGS, T.O.; YU, M.; LUISTRO, E. Health-related quality of life after stroke – a comprehensive review. *Stroke*, v. 32, p. 964-72, 2001.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science of Medicine*, v. 41, p. 1403-09, 1995.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. *et al.* Adaptação do perfil de saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 905-14, 2004.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. *et al.* Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. *Acta Fisiátrica*, v. 7, p. 108-18, 2000.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; OLNEY, S.J.; NADEAU, S. Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 80, p. 1211-8, 1999.

TRIOLA, M.F. *Introdução à estatística*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1999.

ÜSTUN, T.B. *et al.* The international classification of functioning, disability and health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, v. 25, p. 565-71, 2003.

VELOZO, C.A. *et al.* Functional scale discrimination at admission and discharge: Rasch analysis of the level of rehabilitation scale-III. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 76, p. 705-12, 1995.

VERBRUGGE, L.M.; JETTE, A.M. The disablement process. *Social Sciences of Medicine*, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994.

VIEIRA, S.C.; MADER, T.H. Avaliação Objetiva da Performance Funcional: Desenvolvimento e Estudo Estatístico. Belo Horizonte, 1998. Originalmente apresentada como monografia de Graduação, UFMG: Departamento de Fisioterapia, 1998.

WILLIAMS, L.S. *et al.* Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology*, v. 53, n. 8, p. 1839-43, 1999.

WILLIAMS, L.S. *et al.* Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, v. 30, p. 1362-69, 1999.

WOOD-DAUPHINEE, S. The epidemiology of stroke: relevance for physical therapists. *Physiotherapy Canadian*, v. 37, p. 377-86, 1985.

WRIGHT, D.D.; STONE, M.H. *Best Test design*. Chicago: MESA Press, 1979.

WYLLER, T.B. *et al.* Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*, v. 29, p. 363-7, 1998.

ZINN, S. *et al.* The effect of post stroke cognitive impairment on rehabilitation process and function outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 85, p. 1084-90, 2004.

ANEXO A

Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)	
Scoring: each item shall be scored with the following key	
Total help - Couldn't do it at all - Strongly agree	1
A lot of help - A lot of trouble - Moderately agree	2
Some help - Some trouble - Neither agree nor disagree	3
A little help - A little trouble - Moderately disagree	4
No help needed - No trouble at all - Strongly disagree	5
ITEM	SCORE
Energy	
1. I felt tired most of the time.	
2. I had to stop and rest during the day.	
3. I was too tired to do what I wanted to do.	
Family Roles	
1. I didn't join in activities just for fun with my family.	
2. I felt I was a burden to my family.	
3. My physical condition interfered with my personal life.	
Language	
1. Did you have trouble speaking? For example, get stuck, stutter, stammer, or slur your words?	
2. Did you have trouble speaking clearly enough to use the telephone?	
3. Did other people have trouble in understanding what you said?	
4. Did you have trouble finding the word you wanted to say?	
5. Did you have to repeat yourself so others could understand you?	
Mobility	
1. Did you have trouble walking? (If patient can't walk, go to question 4 and score questions 2-3 as 1.)	
2. Did you lose your balance when bending over to or reaching for something?	
3. Did you have trouble climbing stairs?	
4. Did you have to stop and rest more than you would like when walking or using a wheelchair?	
5. Did you have trouble with standing?	
6. Did you have trouble getting out of a chair?	
Mood	
1. I was discouraged about my future.	
2. I wasn't interested in other people or activities.	
3. I felt withdrawn from other people.	
4. I had little confidence in myself.	
5. I was not interested in food.	

Personality	
1. I was irritable.	
2. I was impatient with others.	
3. My personality has changed.	
Self Care	
1. Did you need help preparing food?	
2. Did you need help eating? For example, cutting food or preparing food?	
3. Did you need help getting dressed? For example, putting on socks or shoes, buttoning buttons, or zipping?	
4. Did you need help taking a bath or a shower?	
5. Did you need help to use the toilet?	
Social Roles	
1. I didn't go out as often as I would like.	
2. I did my hobbies and recreation for shorter periods of time than I would like.	
3. I didn't see as many of my friends as I would like.	
4. I had sex less often than I would like.	
5. My physical condition interfered with my social life.	
Thinking	
1. It was hard for me to concentrate.	
2. I had trouble remembering things.	
3. I had to write things down to remember them.	
Upper Extremity Function	
1. Did you have trouble writing or typing?	
2. Did you have trouble putting on socks?	
3. Did you have trouble buttoning buttons?	
4. Did you have trouble zipping a zipper?	
5. Did you have trouble opening a jar?	
Vision	
1. Did you have trouble seeing the television well enough to enjoy a show?	
2. Did you have trouble reaching things because of poor eyesight?	
3. Did you have trouble seeing things off to one side?	
Work / Productivity	
1. Did you have trouble doing daily work around the house?	
2. Did you have trouble finishing jobs that you started?	
3. Did you have trouble doing the work you used to do?	
TOTAL SCORE:	_____

ANEXO B

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 171/05

**Interesse: Profa. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela
Depto. de Fisioterapia - EEEFTO/UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 15 de junho de 2005, o projeto de pesquisa intitulado « **Adaptação transcultural do questionário de qualidade de vida específico para hemiplégicos - "Stroke Specific Quality of Life" »** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

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


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

Investigador: Renata Cristina Magalhães Lima

Orientadora : Prof^ª. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela, Ph.D.

Co-orientadora: Prof^ª Livia de Castro Magalhães, Ph.D.

TÍTULO DO PROJETO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE –
SSQOL: UM INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA AVALIAR A QUALIDADE DE
VIDA DE HEMIPLÉGICOS

INFORMAÇÕES

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa com o objetivo de realizar a tradução e adaptação transcultural de uma escala desenvolvida para avaliar a qualidade de vida de pessoas que tiveram o mesmo problema que você. Este projeto será desenvolvido no Laboratório de Performance Humana do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DO TESTE A SER REALIZADO

Você responderá ao questionário com 49 questões relacionadas com a sua qualidade de vida. Para garantir o seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas. Assim, em momento algum haverá divulgação do seu nome.

Riscos

Você não terá riscos além daqueles presentes em sua rotina diária.

Benefícios

Você e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados desse estudo. Os resultados obtidos irão colaborar com o conhecimento científico, ajudar a definir o perfil de pacientes com seqüela de Acidente Vascular Encefálico (“Derrame”) e direcionar o profissional de saúde para um melhor diagnóstico funcional e uma melhor abordagem terapêutica .

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

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

Pagamento

Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local do teste e seu retorno deverão ser arcados por você.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:
Renata Cristina Magalhães Lima: (0XX31) 3292-8269 / 8805-8824
Prof^a. Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela, PhD: (0XX31) 3499-4783
Comissão de Ética em Pesquisa, U.F.M.G.: (0XX31) 3499-4592

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

_____ Assinatura do Participante	_____ Data
RG: End: CPF:	
_____ Assinatura da Testemunha	_____ Data
RG: End: CPF:	
_____ Assinatura do Investigador	_____ Data

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Eu, _____
_____, cuidadosamente expliquei ao participante,
_____ a

natureza do estudo descrito anteriormente. Eu certifico que, salvo melhor juízo, o participante entendeu claramente a natureza, benefícios e riscos envolvidos com este estudo. Respondi todas as questões que foram levantadas e testemunhei a assinatura acima.

Estes elementos de consentimento informado estão de acordo com a garantia dada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais para proteger os direitos dos sujeitos humanos.

Fornei ao participante/sujeito uma cópia deste documento de consentimento assinado.

Data

Assinatura do Investigador