

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

TAIRA ROSCZINIAK

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE: OBSERVAÇÃO
NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS X LESÕES NEUROLÓGICAS
ABRUPTAS**

**ERECHIM – RS
2019**

TAIRA ROSCZINIAK

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE: OBSERVAÇÃO
NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS X LESÕES NEUROLÓGICAS
ABRUPTAS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Campus
de Erechim.**

**Orientador (a): Profa. Dra. Márcia
Bairros de Castro**

ERECHIM – RS

2019

TAIRA ROSCZINIAK

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE: OBSERVAÇÃO
NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS X LESÕES NEUROLÓGICAS
ABRUPTAS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Câmpus
de Erechim.**

Erechim, 14 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Bairos de Castro
URI Erechim

Profa. Mestra Zequiela Russi
URI Erechim

Profa. Mestra Patrícia Paula Bazzanello Henrique
URI Erechim

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que sempre me guiou, protegeu e iluminou, abençoando meus passos e me guiando nos momentos mais difíceis, não somente nestes anos de universitária, mas por todos os meus dias, me dando forças para sempre seguir a diante, mesmo quando as situações fossem contraditórias e o cansaço tomava conta.

Agradeço a Professora Doutora Márcia Bairros de Castro por todo o apoio, incentivo e determinação na construção deste momento. Obrigada por ser além de minha orientadora, uma grande amiga e conselheira pelo decorrer destes anos, sempre me aconselhando e me ouvindo nas horas em que mais precisei.

Agradeço ainda a Professora Mestra Karine Malysz, que no decorrer destes anos sempre me incentivou, me acolheu, me dando o suporte necessário para seguir em frente e nunca desanimar. Você estará pra sempre em meu coração.

Agradeço aos meus pais, por sempre serem extremamente presentes em minha vida, escolhas e sonhos. Por me incentivarem, apoiarem e encaminharem nos estudos e na vida. Sem este apoio esse dia jamais seria possível. Agradeço todos os dias aos pais e a família maravilhosa que tenho. Agradeço imensamente por não medirem esforços na concretização dos meus sonhos e por se fazerem sempre presentes em minhas vitórias.

Agradeço a minha irmã, que sempre me apoiou, me ouviu e me mostrou com seu exemplo que por mais difíceis que sejam os caminhos, é possível alcançar nossos objetivos e sonhos. Você é meu exemplo!!

Agradeço também ao meu amigo e namorado Marcelo L. Borges, por toda compreensão, carinho e por estar sempre ao meu lado me apoiando em meus sonhos e objetivos. Por ter me incentivado em momentos difíceis, os quais pensei que não suportaria. Por ter sido paciente e tolerante nas incansáveis noites e finais de semana em que precisei ocupar nosso tempo juntos, estudando. E que mesmo não estando bem de saúde, me mostrou que é preciso ser forte, que tudo passa, e

que nada é maior que a nossa fé. O seu incentivo e determinação em me apoiar foram muito importantes na realização deste sonho. Agradeço por fazer parte deste momento.

Agradeço a minha colega e amiga de faculdade e de estagio Luciele Szczotka, que esteve sempre ao meu lado me auxiliando nos trabalhos da faculdade, me dando forças quando o caminho estava difícil, chorando comigo e por tantos momentos de diversão e de muitas risadas que compartilhamos juntas. Obrigada!

Agradeço a minha amiga de infância, Fernanda Dubenczuk que mesmo em outra cidade, sempre esteve disponível pra me ouvir, aconselhar e ajudar em tudo que estivesse ao seu alcance. Sou grata por nossa amizade!

Agradeço também a minha vizinha, e mãe de coração, Elisabete Goulart que esteve presente nessa trajetória dividindo minhas dificuldades e alegrias, e sempre me incentivando a continuar a pesar das dificuldades.

A todos que se fizeram presentes nessa caminhada, compartilhando das minhas alegrias e dificuldades... Meu Muito Obrigada!

*“Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e,
então, com todo o coração, dedicar-se a
ele”.*
(Buddha)

RESUMO

As doenças neurodegenerativas são condições que afetam os neurônios do sistema nervoso central. Essas doenças são incuráveis e debilitantes e têm como consequência a degeneração progressiva e/ou morte dos neurônios, levando assim à perda progressiva de habilidades motoras, memória e alterações cognitivas. Já as doenças neurológicas abruptas são situações que acometem o sistema nervoso central de forma rápida e não progressiva. A falta de estudos na comparação da qualidade de vida (QV) e funcionalidade de pacientes com doenças degenerativas e neurológicas abruptas tornou-se motivo da presente investigação. O objetivo desse estudo foi observar se há melhor QV e funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas ou abruptas através das escalas Whoqol Bref para QV e Índice de Barthel para funcionalidade. Os resultados obtidos demonstraram que na avaliação da QV os escores que mais pontuaram foi percepção da QV (3,7) no grupo de doenças degenerativas e meio ambiente (4,1) ($p = 0,028$) no abruptas. Já o que menos pontuou foi o físico para os dois grupos (3,7 e 3,1 respectivamente). Na Funcionalidade os itens com maior pontuação foi nas transferências e deambulação (11,9) no grupo de doenças neurodegenerativas e transferências (12,7) no abruptas. Já as menores pontuações foi no item banho (3,8) no grupo degenerativas e Higiene (4) no abruptas. Conclui-se assim que a funcionalidade e QV são muito semelhantes entre os grupos, percebendo-se média de qualidade de vida considerada regular nos dois grupos, mesmo que a funcionalidade tanto para os indivíduos com lesão neurológica neurodegenerativas e abruptas sejam consideradas dependência leve.

Palavras-chave: Neurologia; qualidade de vida; funcionalidade.

ABSTRACT

Neurodegenerative diseases are conditions that affect the central nervous system neurons. These diseases are incurable and debilitating and result in progressive degeneration and / or death of neurons, thus leading to progressive loss of motor skills, memory and cognitive impairment. Abrupt neurological diseases are situations that affect the central nervous system quickly and not progressively. The lack of studies comparing the quality of life (QV) and functionality of patients with abrupt degenerative and neurological diseases has become the reason for the present investigation. The aim of this study was to observe whether there is better QV and functionality in patients with abrupt or neurodegenerative disease using the Whoqol Bref QV scales and the Barthel Index for functionality. The results showed that in the QV evaluation, the scores that scored the highest was the perception of QV (3.7) in the group of degenerative diseases and environment (4.1) ($p = 0.028$) in the abrupt. The least scored was the physical for both groups (3.7 and 3.1 respectively). In Functionality, the items with the highest score were transfers and ambulation (11.9) in the group of neurodegenerative diseases and transfers (12.7) in the abrupt group. The lowest scores were in the item bath (3.8) in the degenerative group and Hygiene (4) in the abrupt. It is concluded that the functionality and QOL are very similar between the groups, and the average quality of life considered normal in both groups was observed, even though the functionality for individuals with neurodegenerative and abrupt neurological injury is considered mild dependence.

Key-words: Neurology; quality of life; functionality

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Patologias presentes no grupo de doenças neurológicas abruptas.....	21
Gráfico 2 - Patologias presentes no grupo de doenças neurodegenerativas.....	21
Gráfico 3 – Valores de média da escala de Whoqol Bref para qualidade de vida nos dois grupos.....	22
Gráfico 4 – Valores de média do Índice de Barthel para funcionalidade nos dois grupos.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores de média para idade dos voluntários do grupo de doenças neurodegenerativas e lesões neurológicas abruptas.....	20
Tabela 2 – Tabela 2 – Mostra dos resultados dos domínios por grupo referente ao Whoqol Bref.....	22
Tabela 3 – Resultado dos escores gerais do Índice de Barthel, com grau de dependência dos indivíduos.....	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Doenças Neurodegenerativas.....	12
2.2 Doenças Neurológicas Abruptas.....	13
2.3 Qualidade de Vida e Funcionalidade.....	15
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Caracterização Geral do Estudo.....	17
3.2 População e Amostra.....	17
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	17
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	17
3.3 Procedimentos.....	18
3.4 Análise dos Dados.....	19
3.5 Considerações Éticas.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
4.1 Qualidade de Vida.....	21
4.2 Funcionalidade.....	25
5 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES.....	34
ANEXOS.....	37

1 INTRODUÇÃO

As doenças neurodegenerativas são evolutivas e progressivas causando mudanças na qualidade de vida dos indivíduos e também de suas famílias. As alterações motoras, cognitivas e de memória são as maiores causas dessas mudanças. Doenças neurológicas abruptas, por não serem progressivas, causam mudanças repentinas na vida dos indivíduos, com impactos inesperados, imensuráveis e imediatos.

A funcionalidade altera-se nas duas doenças, pois uma provoca perda lenta e progressiva, e outra provoca perda brusca e altamente lesiva. A perda de memória, alterações cognitivas e motoras podem coexistir nas duas situações.

A qualidade de vida está diretamente ligada às atividades de vida diária. Para Duarte et al. (2014) as AVDs (atividades de vida diária) são as atividades que uma pessoa deve realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, mover-se da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal.

Doenças neurodegenerativas e doenças neurológicas abruptas têm predominância de alterações cognitivas e psíquico-comportamentais. Ambas são situações graves que oneram o paciente e seus familiares, terminando por comprometer a realização de tarefas cotidianas dos indivíduos. Por isso, para a apropriada funcionalidade nas atividades da vida diária é necessária a harmonia de fatores intrínsecos e extrínsecos, como a totalidade das funções mentais e físicas dos sujeitos, em conjunto com a adaptação do corpo às variáveis ambientais. (FELLIPE et al., 2014).

Assim sendo, este estudo teve como objetivo principal, observar a qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas e pacientes com lesão neurológica abrupta, dentre os que frequentam a Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim, e como objetivos específicos, verificar a qualidade de vida, aferindo também a funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas e abruptas, observando as duas situações e relacionando suas implicações como indicativos de intervenções fisioterapêuticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doenças Neurodegenerativas

As doenças neurodegenerativas são desordens que levam a lesões graduais, evolutivas e irreversíveis dos tecidos e estruturas neurológicas. Embora essas doenças tenham diferentes fatores causais, elas compartilham características comuns que podem estar intimamente relacionadas com o início e o progresso da doença pela indução da morte celular neuronal (BARNHAM, 2004).

Abrangem principalmente as doenças de Parkinson (DP), de Alzheimer (DA) e de Huntington, da mesma maneira que a esclerose lateral amiotrófica e as demências (GONÇALVES, A. S., OUTEIRO, F. T 2015).

Segundo Cookson (2012) a doença de Parkinson está de acordo com a definição geral da neurodegeneração, ou seja, há envolvimento da perda de neurônios com aumento de proteínas patológicas, mas há eventos específicos que definem essa doença. Inicialmente, há a perda de neurônios que se salientam da substância negra para o corpo estriado e produzem a neurotransmissora dopamina. Outras áreas do cérebro estão incluídas na doença de Parkinson, mas é a morte dos neurônios fabricantes de dopamina que é responsável por alguns dos problemas relevantes como o movimento visto em pessoas que vivem com a doença - tremor, lentidão de movimento e problemas com a postura.

Gonçalves e Outeiro (2015) dizem que modificação mais comum na Doença de Alzheimer é nos neurônios com surgimento de emaranhados fibrilares no corpo celular do neurônio e nas dendrites. Em geral, o primeiro aspecto clínico é o déficit da memória recente, enquanto as lembranças passadas são preservadas até certo estágio da doença. Além das dificuldades de atenção e destreza verbal, outras funções cognitivas se prejudicam a medida que a patologia evolui, dentre elas a habilidade de fazer cálculos, as habilidades visuoespaciais e a capacidade de usar objetos comuns e ferramentas. O grau de vigília e a lucidez do paciente não são afetados até a doença estar muito avançada. A fraqueza motora também não é vista, embora as contraturas musculares sejam uma característica quase geral nos estágios avançados da patologia (FERREIRA et al, 2016, apud, FUENTEALBA, 2004).

Clinicamente, a doença de Huntington se caracteriza por coreia progressiva, declínio cognitivo e perturbações psiquiátricas. Numa fase precoce podem ser observadas alterações leves na execução dos movimentos, dificuldades na resolução de problemas, irritabilidade e depressão. As alterações motoras, associadas à perda de coordenação dos movimentos voluntários, progridem de forma lenta. Os movimentos involuntários dos músculos tornam-se piores e os pacientes perdem gradativamente a capacidade para se movimentarem e, eventualmente, de comunicarem. Os estágios mais avançados da doença são também caracterizados por bradicinesia e rigidez severa além de demência (MOHAPEL, 2011).

Segundo Siqueira e colaboradores (2017), a Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa, evolutiva, com envolvimento dos neurônios motores superiores e inferiores, sem comprometimento cognitivo e sensorial. Está ligada à morte do paciente em um tempo de três a quatro anos, normalmente por insuficiência respiratória. A doença afeta as fibras ao longo do trato córtico-espinhal, as quais transmitem os impulsos que controlam os movimentos voluntários. Pacientes com essa doença apresentam fraqueza muscular progressiva com prognóstico reservado, reflexos profundos inexistentes ou diminuídos, fasciculações e espasticidade.

Zanini (2010) diz que a Demência é uma síndrome que se caracteriza pela diminuição da memória associado ao déficit de, pelo menos, outra função cognitiva (linguagem, gnóscias, praxias ou funções executivas) com força suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. As quatro demências mais frequentes são a doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV), Demência dos Corpos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT).

2.2 Doenças Neurológicas Abruptas

As doenças neurológicas abruptas são doenças que compreendem o traumatismo crânio encefálico, o acidente vascular encefálico e as lesões medulares por acontecerem de modo rápido e não progressivo.

O traumatismo crânio encefálico (TCE) se dá principalmente em homens jovens com idade de 15 a 24 anos, por acidentes automobilísticos, sendo a principal causa de morte em pessoas com menos de 40 anos. (RUY, 2011)

As lesões do TCE podem ser divididas em: difusas e focais. As lesões difusas são aquelas que acometem o cérebro como um todo e, comumente, decorrem de forças cinéticas que levam a rotação do encéfalo dentro da calota craniana. Dentre as lesões difusas, o termo concussão cerebral é utilizado hoje em dia para se referir a perda temporária da consciência associada ao trauma. As lesões focais são compostas por hematomas - intra ou extra cerebrais - ou áreas isquêmicas determinadas que acometem apenas uma região do cérebro (RUY, 2011). Os sobreviventes permanecem com sequelas moderadas ou severas necessitando de auxílio em todas suas atividades diárias, que afetam não só o próprio indivíduo, mas suas famílias e a sociedade.

Já acidente vascular encefálico (AVE) é caracterizado por um sinal súbito, rápido e evolutivo de déficit neurológico com duração maior que 24 horas levando a morte com causa de origem vascular. Os déficits neurológicos focais que resultam de um AVE são diretamente ligado ao tamanho da localização da lesão e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. Os déficits neurológicos agudos apresentados por esses pacientes abrangem a hemiparesia, ataxia, deficiências visuoperceptivas, afasia, disartria, deficiências sensoriais e amnésicas e problemas com controle vesical (CESÁRIO et al., 2006). Idade, sexo, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e sedentarismo são fatores de risco para o AVE.

Segundo Polese (2008), o AVE é a principal causa de incapacitação do mundo ocidental devido às sequelas e déficits neurológicos que causa ao paciente, sendo uma das consequências mais importantes em decorrência da doença, associado à diminuição da função cognitiva, indicando interferência negativa na recuperação.

As lesões medulares são uma das patologias que mais comprometem a funcionalidade dos indivíduos. Várias patologias podem acometer a coluna vertebral e ter como consequência a lesão medular: congênitas, traumáticas, degenerativas, tumorais, infecciosas, doenças neurológicas, sistêmicas e doenças vasculares. (GASPAR, 2003). Nestes últimos anos pôde-se notar uma mudança na etiologia da lesão medular, com uma maior ocorrência de lesões causadas por arma de fogo e uma menor incidência de lesões causadas por acidente automobilístico.

Devido ao fato de a medula ser o órgão responsável pela condução dos estímulos aferentes e eferentes entre a periferia e o encéfalo, quando esse órgão sofre uma lesão, ocorre comprometimento de estruturas e funções orgânicas, causando limitações no desempenho das atividades da vida diária (AVD), aspectos

que afetam a qualidade de vida (QV) e funcionalidade da pessoa acometida (FRANÇA, 2011).

2.3 Qualidade de Vida e Funcionalidade

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, que contribuem para o bem-estar físico e espiritual deste paciente (SIQUEIRA, 2017).

Ela pode estar diretamente associada à ausência de enfermidades, em especial à ausência de sintomas ou distúrbios. Alguns autores, contudo, consideram este conceito simplista, uma vez que aspectos não relacionados ao estado de saúde são considerados na avaliação da qualidade de vida (PIMENTA, 2008).

A qualidade de vida está diretamente ligada às atividades de vida diária. Para Duarte et al. (2014) as AVDs (atividades de vida diária) são as atividades que uma pessoa deve realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, mover-se da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal.

Doenças neurodegenerativas e doenças neurológicas abruptas têm predominância de alterações cognitivas e psíquico-comportamentais. Ambas são situações graves que oneram o paciente e seus familiares, terminando por comprometer a realização de tarefas cotidianas dos indivíduos. Por isso, para a apropriada funcionalidade nas atividades da vida diária é necessária a harmonia de fatores intrínsecos e extrínsecos, como a totalidade das funções mentais e físicas dos sujeitos, em conjunto com a adaptação do corpo às variáveis ambientais. (FELLIPE et al., 2014).

A qualidade de vida de pacientes com doenças neurodegenerativas pode estar comprometida desde a assimilação dos primeiros sinais, mas, com a progressão dos sintomas e o aparecimento das complicações do tratamento, observa-se um progressivo declínio. Sabe-se que quanto maior o tempo de doença pior o desempenho em todas as atividades, sejam nas alterações motoras ou cognitivas. (SILVA et al., 2011).

Em 2003, a OMS expôs que a funcionalidade deve ser compreendida como termo amplo para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação,

propondo os pontos positivos da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais (POLESE, 2008).

A avaliação funcional pode ser determinada como uma tentativa de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de realizar atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de várias capacidades para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia a dia (BISPO, 2012, apud, DUARTE, 2007).

A partir da confirmação em estudos e pesquisas, disponibilizam-se meios para que a qualidade de vida seja avaliada através de instrumentos genéricos, com o objetivo de avaliar o impacto que a doença gera e, em termos de independência funcional, detectar as incapacidades que representam as restrições funcionais da pessoa, pelo impacto causado pela doença (SILVA et al., 2011, apud, SCHARANG et al., 2000).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização Geral do Estudo

A estratégia metodológica utilizada nessa pesquisa foi exploratória descritiva, de caráter quantitativo.

3.2 População e Amostra

A população foi constituída por pacientes de ambos os sexos, frequentadores da Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim/RS, maiores de 18 anos, com diagnóstico de doenças neurodegenerativas e doenças neurológicas abruptas, que aceitaram participar da pesquisa.

A amostra foi composta intencionalmente, de acordo com a característica de manifestação da doença, com a particularidade de que, mesmo com mesmo diagnóstico clínico, as sequelas são diferentes em cada indivíduo e a categorização específica não foi considerada, por cerca de 21 pacientes que integraram os dois grupos estudados.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão da amostra, pacientes portadores de doenças neurodegenerativas e doenças neurológicas abruptas que realizam fisioterapia na Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim, e que tiveram cognitivo e intelecto preservado para ler, compreender e responder aos questionários comprovado pelo mini exame do estado mental (ANEXO C) e ponto de corte em 23 pontos, consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A), participaram e tiveram seus questionários validados.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão da amostra os pacientes que não tiveram cognitivo e intelecto preservado para ler, compreender e responder os

questionários previstos para realização do estudo ou não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

3.3 Procedimentos

Inicialmente o projeto foi apresentado à banca avaliadora constituída por profissionais fisioterapeutas docentes da URI/Erechim. Após sua qualificação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI/Campus Erechim o qual foi apresiado e aprovado (CAAE: 07668819.0.0000.5351) (ANEXO D). Após a aprovação, foi contatada a direção da Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim (APÊNDICE B), solicitando a autorização para a realização da pesquisa.

Com o deferimento foram contatados os pacientes da Clínica, com diagnóstico de doenças neurodegenerativas e lesões neurológicas abruptas idividualmente após sua sessão de fisioterapia, para que fossem explicados pela pesquisadora os procedimentos da pesquisa e com o aceite, assinaram o TCLE. Os testes foram aplicados e auxiliados pela pesquisadora, em sessão marcada antecipadamente, e realizados logo após a sessão de fisioterapia de cada indivíduo, em sala reservada. O Mini Exame do Estado Mental, a ficha de avaliação de funcionalidade, e o questionário para avaliar a qualidade de vida foram aplicados para ambos os grupos. O nível congnitivo e intelecto foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (Mini-mental) (ANEXO A), a qualidade de vida foi avaliada pelo Instrumento de Avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF (ANEXO B) e a funcionalidade atraves do Índice de Barthel (ANEXO C).

O Mini Exame do Estado Mental é um teste breve que consiste em diversas questões agrupadas em sete categorias sendo elas: Orientação no tempo (5 pontos), orientação para localização (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e calculo (5 pontos), lembrança de 3 palavras registradas (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do Mini-exame pode variar entre 0 e 30 pontos.

O instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, consiste em 26 itens, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral, e as outras 24 facetas compondo outros quatro grandes domínios: Físico (7 itens), Domínio Psicológico (6 itens), Relações Sociais (3 itens) e Meio Ambiente (8 itens). As

respostas seguem uma escala de Likert, de 1 a 5, ou seja, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida, sendo 100 a pontuação máxima.

Já o instrumento de avaliação de funcionalidade, o Índice de Barthel consiste em 10 itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. As pontuações variam de 0 a 100 e as pontuações mais elevadas indicam maior independência.

3.4 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, e os dados foram representados através de gráficos e tabelas com média e percentual. Para isto foi utilizado o teste de Wilcoxon para análise dos resultados entre os grupos, considerando-se nível de significância igual a $p < 0,05$.

3.5 Considerações Éticas

A pesquisa está em observância às diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Erechim, sendo aprovada com o parecer número CAAE 07668819.0.0000.5351.

O produto físico, fruto do estudo, ficará de posse do professor responsável e após cinco anos será eliminado de forma ecologicamente correta.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de verificar os níveis de funcionalidade e qualidade de vida de pacientes com doenças neurodegenerativas e com lesão neurológica abrupta que frequentam a Clínica Escola de Fisioterapia Uri Erechim, a pesquisa foi iniciada com 25 indivíduos, porém, devido aos critérios de exclusão, a amostra final contou com 21 indivíduos. Participaram 12 indivíduos do sexo feminino (52%) e 9 do sexo masculino (43%). Os voluntários tinham média geral de idade 46,71, anos como pode ser observado pela Tabela 1.

Tabela 1 – Valores de média para idade dos voluntários do grupo de doenças neurodegenerativas e lesões neurológicas abruptas.

Voluntários	Idade (anos)
Grupo Neurodegenerativas	Média parcial = 44,3 anos
1	43
2	62
3	38
4	36
5	21
6	39
7	62
8	54
Grupo Abruptas	Média parcial = 52,4 anos
1	42
2	57
3	50
4	44
5	56
6	63
7	26
8	63
9	59
10	63
11	52
12	72
13	35
Média Total	46,71

A amostra não foi heterogênea pela pequena quantidade de indivíduos que realizaram fisioterapia na Clínica Escola Uri Erechim. Sendo assim os próximos gráficos demonstram a distribuição das patologias presentes nos dois grupos estudados.

Gráfico 1 – Patologias presentes no grupo de doenças neurológicas abruptas.

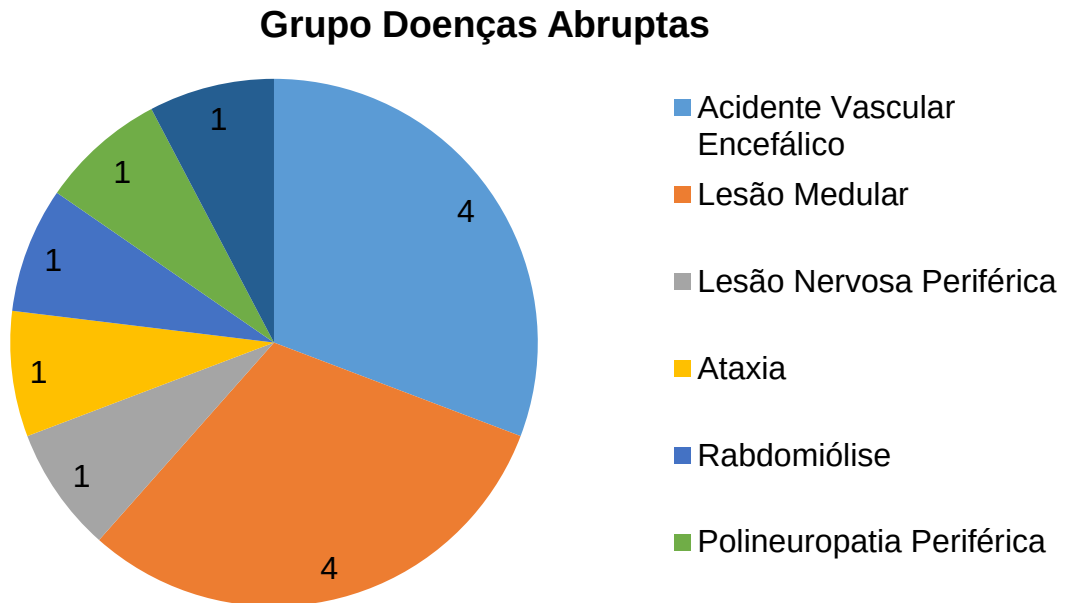
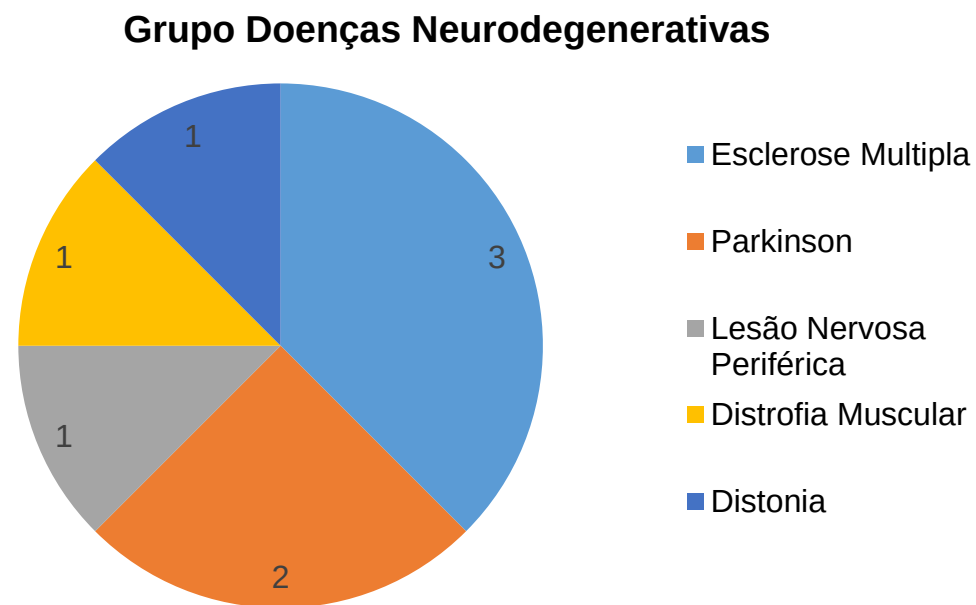


Gráfico 2 – Patologias presentes no grupo de doenças neurodegenerativas.



4.1 Qualidade de Vida

Referente aos resultados da qualidade de vida avaliados pelo Whoqol – Bref (Gráfico 1), no grupo de doenças neurológicas abruptas, o domínio que mais pontuou foi o meio ambiente (4,1), e o que menos pontuou foi o físico (3,1). No

grupo de doenças neurodegenerativas, o domínio que mais pontuou foi a percepção de qualidade de vida (3,7), e o que menos pontuou foi o físico (2,8).

Ao relacionar os domínios entre os dois grupos de pacientes avaliados, observou-se que apenas no domínio meio ambiente, houve uma diferença estatística entre os grupos, sendo um escore de 3,3 para as doenças neurodegenerativas, e 4,1 para as doenças neurológicas abruptas ($p = 0,028$)

Gráfico 3 – Valores de média da escala de Whoqol Bref para qualidade de vida nos dois grupos.

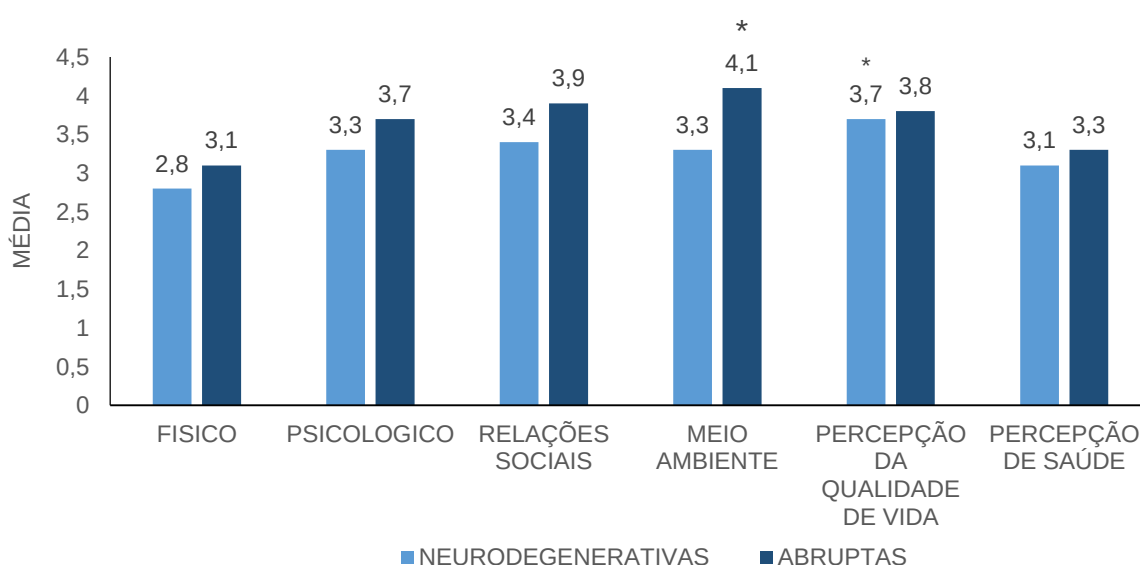


Tabela 2 – Mostra dos resultados dos domínios por grupo referente ao Whoqol Bref.

Domínio	Neurodegenerativas	Abruptas
Auto avaliação Q.V.	Nem ruim, nem boa	Nem ruim, nem boa
Quão satisfeito com sua saúde	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito
Físico	Necessita Melhorar	Regular
Psicológico	Regular	Regular
Relações sociais	Regular	Regular
Meio ambiente	Regular	Bom

Lima e colaboradores (2014) em um estudo realizado, avaliaram a qualidade de vida de 83 indivíduos com AVE e seus cuidadores, através do Whoqol – Bref, divididos em quatro grupos: grupo dos indivíduos com AVE que tem cuidadores (1),

grupo dos indivíduos com AVE sem cuidadores (2), grupo dos cuidadores (3) e um grupo de referência (4). Referente aos resultados, o domínio que mais pontuou nos quatro grupos foi o de relações sociais. Já o domínio que menos pontuou no grupo 1 foi o físico, e nos demais foi o meio ambiente. Vale ressaltar que os resultados encontrados no estudo de Lima e colaboradores (2014), quando comparados aos nossos se opõem em parte, ou seja, o domínio que menos pontuou para Lima e colaboradores (2014) foi o meio ambiente, contrariando os nossos resultados. Entretanto, o domínio que menos pontuou, em ambos, foi o domínio físico. Estes resultados sugerem que o impacto da incapacidade física, mesmo que parcial, são muito relevantes na qualidade de vida dos indivíduos estudados.

Já Gupta e colaboradores (2008) observaram em uma pesquisa com pacientes neurológicos, sendo estes 40% acometidos por um AVE, que a média dos escores do WHOQOL-bref foi menor no domínio físico (38,83) consecutivo pelo psicológico (50,76), social (48,53) e meio ambiente (49,13). Ainda concluíram que todos os domínios de qualidade de vida são afetados e que os indivíduos mais acometidos precisam participar de um programa de reabilitação. Para Pan e colaboradores (2008) o domínio mais afetado em seu estudo também foi o físico, seguido pelo psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Normalmente, essas doenças apresentam sintomas típicos, como fraqueza, fadiga, comprometimento motor, ataxia, disfagia, complicações urinárias, perda sensorial, depressão, declínio cognitivo, distúrbios do sono, entre outras coisas. Esses sintomas são potenciais contribuintes para afetar e diminuir a qualidade de vida relacionada à saúde (HERREIRA et. al., 2015).

Ligado ao domínio meio ambiente está a melhora de recursos financeiros; liberdade, segurança física e proteção; acessibilidade e qualidade de serviços sociais e de saúde; ambiente doméstico; possibilidades de adquirir novas informações e habilidades; lazer; ambiente físico e transporte. Esse foi o domínio que obteve o melhor escore para o grupo de doenças abruptas, supondo assim que este grupo tenha melhores condições sócioeconômicas, segundo o The WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Assessment, 1998).

Em um estudo de Silva e colaboradores (2009), realizado com 120 pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), avaliando a qualidade de vida com Whoqol Bref e correlacionando com as características sócio demográficas, os resultados mostraram que houve moderada correlação entre classe social e domínio

meio ambiente, bem como locomoção com domínios físico e meio ambiente. Relata ainda que os indivíduos com maior renda obtiveram maiores escores, especialmente nos domínios físico, ambiental e global, sendo a classe social fracamente relacionada aos dois primeiros e moderadamente, ao último. Dessa forma, o domínio ambiental do questionário concentrou o maior número de correlações moderadas. Condições do local onde a pessoa vive, meios de transporte, políticas governamentais e o domínio meio ambiente têm sido identificados como importantes empecilhos que causam grande impacto na vida dos pacientes com TCE (SILVA et. al., 2009).

A abordagem não somente das condições motoras, mas também de outros, como o nível de renda, escolaridade, nível de ajustamento social, apoio da família e de amigos, local de moradia são importantes para a modificação da percepção da qualidade de vida (SILVA et. al., 2009). Estes fatores parecem facilitar o ‘ajustamento’, ou a readaptação da pessoa à nova realidade, que, via de regra, traz consigo dificuldades de adaptação e funcionalidade; sugerem que quanto melhor a estrutura biopsicossocial, maior a possibilidade de boas condições na qualidade de vida.

Em uma revisão de literatura realizada por Araujo e colaboradores (2018), utilizando 12 artigos publicados de 2012 a 2017 com uso do SF-36 e Whoqol Bref para verificar a qualidade de vida de pacientes com lesão medular, foram encontrados em seus resultados alterações negativas nos domínios físico, psicológico, social, ambiental incluindo, atividade sexual e dor, enquanto, a atividade física, o estado civil e atividade ocupacional contribuiu positivamente sobre a qualidade de vida dos pesquisados.

Batista e Pereira (2016) realizaram uma pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes com doenças neurodegenerativas realizando uma revisão sistemática dos anos de 2000 a 2015, chegando então a conclusão que ainda há poucos estudos para avaliar a qualidade de vida nesses indivíduos, sendo assim são essenciais mais pesquisas, mais intervenções e mais ferramentas para quantificar o impacto da qualidade de vida em patologias degenerativas, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

Petermella e Marcon (2012), realizaram um estudo para avaliar a qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e identificar relações com o tempo de evolução e a gravidade da doença utilizando os questionários sociodemográfico Hoenh e Yahr e

para qualidade de vida o PDQ – 39, sendo realizada com 40 indivíduos parkinsonianos. No quesito qualidade de vida puderam identificar como resultados que os escores médios das dimensões da qualidade de vida foram avaliados em relação aos diferentes estágios da doença, identificando que a qualidade de vida dos indivíduos parkinsonianos não é afetada pelo estágio da doença e que as únicas dimensões afetadas por essa condição são a mobilidade, das quais diferenças só foram significativas entre os grupos leve e grave. Para AVDs e cognição, estas diferenças foram significativas entre os grupos de acometimento leve e grave, e moderado e grave, propondo tendência crescente de piora nesses aspectos à medida que a doença piora.

Já Banja e colaboradores (2012), realizaram um estudo com 48 indivíduos para avaliar a qualidade de vida e funcionalidade de pacientes com sequelas neurológicas com uso do índice de Barthel para funcionalidade e Whoqol Bref para qualidade de vida. Em seus resultados em relação a qualidade de vida os domínios com as maiores pontuações foram o psicológico e social, já os domínios ambiental e físico ficaram com as menores pontuações, indo ao encontro ao resultado obtido no nosso estudo aonde o domínio físico teve menor pontuação tanto no grupo de doenças abruptas quanto nas neurodegenerativas.

Incluído no processo de reabilitação, a ênfase na avaliação das atividades de vida diária e sua relevância têm aumentado ao decorrer do tempo, e isso se atribui, em parte, a admissão de que o desempenho de atividades cotidianas é também importante para a saúde e a qualidade de vida (CRUZ, 2010).

4.2 Funcionalidade

Com relação a avaliação da funcionalidade através do Índice de Barthel, no grupo de doenças neurológicas abruptas, o item que mais pontuou foi de transferências (12,7) e o que menos pontuou foi o de higiene (4). No grupo de doenças neurodegenerativas dois itens obtiveram a maior pontuação, o de transferências e deambulação (11,9), e o que menos pontuou foi banho (3,8). Ao se comparar os itens entre os grupos não encontramos diferenças significativas.

Gráfico 4 – Valores de média do Índice de Barthel para funcionalidade nos dois grupos.

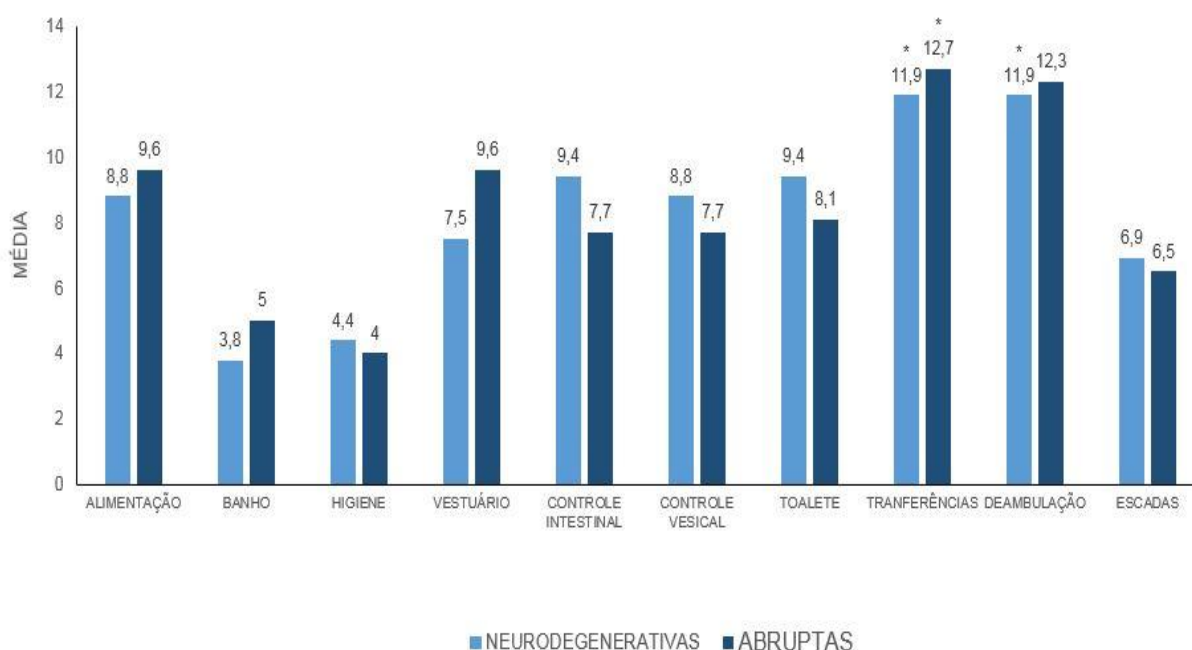


Tabela 3 – Resultado dos escores gerais do Índice de Barthel, com grau de dependência dos indivíduos.

Grupo	Escore Total	Grau de Dependência
Neurodegenerativas	87,50	Leve
Abruptas	83,46	Leve

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), propôs que a funcionalidade é um termo usado para identificar genericamente as funções do organismo, as estruturas do corpo e a sua colaboração nas atividades de vida diária, em interação com o ambiente familiar (NUNES et. al., 2005).

Já capacidade funcional, corresponde à autonomia do indivíduo em efetuar as suas atividades de vida diária, que fazem parte da sua vida diária, possibilitando uma vida autónoma, e a sua avaliação mais complexa, pois envolve a conjugação de vários motivos como ambientais recursos econômicos e sociais, ainda comportamentais e motivacionais (OMS, 2003).

A perda dessa capacidade está associada à antecipação de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de

mobilidade, ocasionando complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (BRITO et. al., 2013).

Os instrumentos que avaliam a capacidade funcional, são aqueles que medem itens de assistência do indivíduo, em aspecto quantitativo, fornecendo informações sobre a qualidade ou a melhora da função do indivíduo (RIBEIRO et. al., 2001).

Um estudo realizado por Coura e colaboradores (2012), objetivou investigar o grau de incapacidade funcional de pacientes adultos com lesão medular. Contou com a participação de 75 indivíduos utilizando o índice de Barthel. Em seus resultados encontraram maior independência nos itens micção e transferências, já as maiores dificuldades encontradas foram subir e descer escadas e deambular, o que vai de encontro ao nosso estudo onde a maior independência encontrada também foi no item transferências.

Alves e Mendes (2011) realizaram um estudo para verificar estratégias para educação e promoção da saúde para reabilitação de pacientes com AVE, utilizando o índice de Barthel com cinco pacientes e seus respectivos cuidadores antes e após orientações realizadas em reuniões. Obtiveram como resultados uma melhora na média geral do índice de Barthel.

Outro estudo realizado com pacientes após trauma crânio encefálico moderado a grave visou verificar correlações entre idade, gravidade do trauma, tempo de hospitalização (TH), cognição, capacidade funcional e qualidade de vida (QV) seis meses após alta hospitalar (AH) de vítimas de trauma crânio-encefálico (TCE). Participaram cinquenta pacientes tratados em um hospital de emergência brasileiro, tendo como resultados correlação negativa foi observada entre TH e ECG e TH e RTS. Correlação quase máxima foi observada entre RTS e ECG e capacidade funcional e ECG na AH. Idade e TH foram considerados preditores independentes de QV (WEBER et. al., 2016). Há pouco tempo, uma revisão sistemática de estudos sobre funcionalidade após o TCE informou que o WHOQOL-bref apresentou resultados positivos, mas mais evidências são limitadas (POLINDER et. al., 2015).

Já em relação aos achados das doenças neurodegenerativas, Silva e colaboradores (2012), realizaram um estudo para analisar a capacidade funcional de indivíduos com doença de Alzheimer através do índice de Barthel. O estudo teve participação de 10 pacientes com diferentes estágios da patologia. Em seus resultados, 30% eram independentes, 20% dependentes moderados, 20% dependentes graves e 10% dependentes total.

Já nos itens do Índice de Barthel, a maior independência foi no item transferências e banho, já a maior dependência foi encontrada nos itens alimentação, capacidade de vestir-se e uso do vaso sanitário. Esse resultado vai de encontro com nosso estudo, onde o item transferências também obteve a maior independência, mas nos contradiz no quesito banho, pois no nosso estudo foi o de maior dependência dos indivíduos estudados.

Outro estudo avaliou os aspectos clínicos na capacidade funcional em 37 indivíduos com esclerose lateral amiotrófica utilizando como avaliação funcional as escalas funcional da ELA (ALSFRS –*Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale*) e o Índice de Barthel, Obtendo os resultados respectivamente: a média observada foi de 20,95, com a menor pontuação correspondendo a 3 e a máxima a 40, e 53,24, pontuação mínima de 5 e máxima de 100 (COSMO et. al., 2012).

Outro estudo de Walter e colaboradores (2009), avaliou habilidades psicomotoras e da motricidade global em paciente portadora da Doença de Huntington com uso do índice de Barthel em uma paciente com a doença. Os resultados indicaram que a com fisioterapia foi possível a manutenção das habilidades psicomotoras e da motricidade global da paciente em um ano, o que pode ser considerado um ganho, visto de tratar-se de uma doença neurodegenerativa e progressiva, com um prognóstico desfavorável e de incapacidades crescentes. Ainda neste estudo tratando-se dos itens do Índice de Barthel, o melhor resultado foi encontrado no item de transferências e os piores resultados nos itens subir e descer escadas, alimentar-se e vestir-se.

Mascarenhas e Souza (2010) realizaram um estudo com 24 indivíduos com a doença de Parkinson para avaliar a funcionalidade destes, que foram submetidos a tratamento fisioterapêutico. Para isso utilizaram o Mini Exame do Estado Mental de Folstein, um questionário sociodemográfico e clínico, e as Escalas de Barthel e Lawton. Nos resultados, em relação à avaliação da capacidade funcional, foi observado na classificação geral da escala de Barthel que 66,7% dos pacientes apresentaram dependência moderada, enquanto que 33,3% foram considerados independentes. Já a avaliação por meio da escala de Lawton demonstrou que toda a amostra era parcialmente dependente. Sobre os itens do Barthel alimentar-se (95,8%), mover-se (95,8%), urinar (91,7%), ir ao banheiro (91,7%) e tomar banho (91,7%) apresentaram uma maior frequência de indivíduos classificados num nível

de máxima independência. Por outro lado, a atividade tomar banho apresentou maior comprometimento (8,3%).

Em outro estudo semelhante realizado em Belo Horizonte com pacientes portadores da doença de Parkinson, notou-se que a capacidade física é menor em parkinsonianos ao realizar atividades básicas como subir e descer escadas, do que em indivíduos hígidos na mesma faixa etária para realizar as mesmas tarefas. (GOULART et. al., 2004). Sobre as atividades instrumentais de vida diária se apresentam mais dependentes do que as atividades básicas, pois elas são tarefas mais complexas, o que comprova a perda gradual das funções, partindo então das ações mais minuciosas que envolvem coordenação e equilíbrio, para as ações globais (LEMOS, 2009).

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitem melhor compreensão e esclarecimento sobre a qualidade de vida e funcionalidade tanto de pacientes com doenças neurológicas abruptas quanto nas doenças degenerativas e como isso interfere positivamente e negativamente na vida destes pacientes.

Cabe salientar que as características da amostra em estudo não foi homogênea, sendo composta por indivíduos de diferentes idades e patologias. Mesmo com essa heterogeneidade pudemos identificar que os escores de qualidade de vida e funcionalidade são muito semelhantes entre os grupos, percebendo-se média de qualidade de vida considerada *regular* nos dois grupos, mesmo que a funcionalidade tanto para os indivíduos com lesão neurológica neurodegenerativas e abruptas sejam consideradas de *dependência leve*.

Também aceita-se a hipótese de que os índices de qualidade de vida e de funcionalidade não têm relação com o tipo de manifestação da doença neurológica.

Nesse sentido, os resultados constituem indícios de que a atuação dos profissionais de saúde, especialmente os fisioterapeutas que devem voltar a atenção para a melhoria de vida e também a funcionalidade destes indivíduos. Isso pode ser alcançado objetivando programas de assistência fisioterapêutica tanto clínica quanto domiciliar.

Sugere-se então mais estudos com uma amostra homogênea e também com verificação da idade de acometimento destas patologias nos indivíduos estudados.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. D., MENDES, H. F., Educação e promoção da saúde como estratégia para a reabilitação de pacientes com sequela de AVE. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 2, p 463-474, 2011.

ANDRADE, A. P. N. I. A.; MARTINS, L. M. R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida em idosos. **Millenium**, v. 40, p. 185-199, 2011.

ARAÚJO, O. L. C.; NICOLI, S. J. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, p. 231-244, 2010.

BANJA D. H., et. Al. Análise da funcionalidade e qualidade da vida de pacientes com sequelas neurológicas. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 5, p. 49 -57, 2012.

BARNHAM, K. J.; MASTERS C. L.; BUSH A. I. Neurodegenerative diseases and oxidative stress. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 3, n. 3, p. 205–214, 2004.

BATISTA. P., PEREIRA. A., Quality of Life in Patients with Neurodegenerative Diseases. **Journal of neurology and neuroscience**. v. 7, 2016.

BISPO, F. P. E. et. al., apud, DUARTE, 2007. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cadernos Brasileiros de terapia ocupacional**. v, 20, n. 01, p. 81-87, 2012.

BRITO, R. G. et al. Instrumento de avaliação funcional específica para acidente vascular cerebral. **Revista neurociência**, v. 4, p 593-599, 2013.

CESÁRIO C.M.M., et al.. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociência**. v14 p 6-9, 2006.

COOKSON, R. M. Evolution of Neurodegeneration. **Current Biology**, v. 22, p. 753-761, 2012.

COSMO, A. S. C. et al., Aspectos clínicos determinantes da capacidade funcional na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 11, p.134-139, 2012.

COURA, A. S., Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. **Revista. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, 2012.

CRUZ, D. M. C. Preditores de independência funcional nas atividades de vida diária pós-acidente vascular encefálico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v.18, p. 275-286, 2010.

DOLBOW D.R., et al. Home Based Functional Electrical Stimulation Cycling Enhances Quality of Life in Individuals with Spinal Cord Injury. **Spinal Cord Injury Rehabilitation**, v. 4, p 324–329, 2013.

DUARTE, M. R. et al. Efeitos do processo do envelhecimento na capacidade funcional dos idosos e suas formas de mensuração. **Revista Digital Buenos Aires**, n. 192, 2014.

FELIPPE, A. L. et al. Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 39-47, 2014.

FERREIRA, M. P. A. et al. Apud, FUENTEALBA 2004. Doença de Alzheimer. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 02, n. 02, 2016.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: Um estudo com Whoqol Bref. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v 45 n. 6, 2011.

GASPAR, P. A. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. **Revista Acta Fisiátrica**, v, 10, n. 02, p. 73-77, 2003.

GONÇALVES, A. S. OUTEIRO, F. T. A disfunção cognitiva nas doenças neurodegenerativas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 12, n. 3, p. 256-267, 2015.

GOULART F., SANTOS C.C., TEIXEIRA S.L.F., CARDOSO F., Análise do desempenho funcional em pacientes portadores de doença de Parkinson. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 1, p 12-16, 2004.

GUPTA, A., et al; Quality of life and psychological problems in patients undergoing neurological rehabilitation. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 11, p 225-30, 2008.

HERRERA A.J., et al. Dano colateral: contribuição da inflamação periférica para doenças neurodegenerativas. **Revista Current Topics in Medicinal Chemistry**, v. 15, p 2193-2210, 2015.

LIMA, M. L., et al. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. p 453-464, 2014.

LEMOS A.C.P., Capacidade funcional em deficientes mentais do centro de educação especial – APAE . **Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília**. 2009.

- MASCARENHAS, C. H. M.; SOUZA M. P. Avaliação funcional de indivíduos portadores da doença de Parkinson. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, p 179-84, 2010.
- MOHAPEL, G. M. J.; REGO, C. A. Doença de Huntington: Uma revisão dos aspectos fisiopatológicos. **Revista Neurociências**, 2011.
- NETO, G. J.; TAMELINI, G. M.; FORLENZA, V. O. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de psiquiatria clinica**, v. 3, p. 32, 2005.
- NUNES, S. P. C.; SILVA, M. G. Evolução e funcionalidade Utentes após AVC nos Primeiros Seis Meses Após a Lesão. **ESSfisionline**, v. 3, p.1646-0634, 2005.
- Organização Mundial de Saúde, OMS, 2003.
- PAN, J. H., et al. Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. **Jornal Stroke**, v. 39, p 2795-802, 2008.
- PERTERMELLA, F. M.N, MARCON, S.S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com o tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v 20, 2012.
- PIMENTA, P. A. F. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da associação médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.
- POLESE, C. F. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 03, p. 175-178, 2008.
- POLINDER, S. et al. Health-related quality of life after TBI: a systematic review of study design, instruments, measurement properties, and outcome. **Population Health Metrics**, p. 13-14, 2015.
- RIBERTO, M., et al. Reprodutividade de versão brasileira de medida de independência funcional. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 1, p 0104-7795, 2001.
- RUY, L. E.; ROSA, I. M. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio encefálico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 03, 2011.
- SILVA, G. M. A. J.; FILHO, D. V. A.; FAGANELLO, R. F. apud, SCHARANG 2000. Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. **Fisioterapia e movimento**, v. 24, p. 141-146, 2011.
- SILVA T. L. A., Análise da incapacidade funcional em pacientes com doença de Alzheimer através do índice de Barthel. **Fisioterapia Brasil**. v. 13, 2012.
- SILVA, C. B. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma craniencefálico. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v 16, p 311-315, 2009.

SIQUEIRA, C. S. et al. Qualidade de vida de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v. 18, p. 139-146, 2017.

SPITZ, M. Doença de Huntington e outras coréias. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, v. 9, 2010.

SOUZA, M. F. C., A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: Uma revisão de literatura. **Revista Neurociências**, v. 19, p. 718-723, 2011.

THE WHOQOL GROUP. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v.12, p. 1569-1585, 1998.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 64, p. 451-455, 2006.

WALTER J., GRAVE T. Q., PÉRICO E. Avaliação das habilidades psicomotoras e da motricidade global em paciente portadora da Doença de Huntington. v. 8, p 655-663, 2009.

WEBER, K. T. Predictors of quality of life after moderate to severe traumatic brain injury. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 4, p. 409-415, 2016.

ZANINI, S. R. Demência no idoso aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, v. 18, p. 220-226, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Comitê de Ética em Pesquisa**
CEP | URI Erechim

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE: OBSERVAÇÃO NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS X LESÕES NEUROLÓGICAS ABRUPTAS**

e que tem como objetivo observar se há melhor qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas ou em pacientes com doenças neurológicas abruptas.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: Serão aplicados questionários para avaliação da qualidade de vida e funcionalidade de cada paciente, **após** seu horário de fisioterapia, na Clínica Escola Uri Erechim. **Os dados dos questionários serão usados exclusivamente para fins de pesquisa e estudos/publicações pertinentes ao tema, mantendo-se o anonimato dos participantes.**

Durante a execução do projeto o principal benefício esperado é colaborar com a comunidade para a melhora das intervenções fisioterapêuticas, por conhecermos a percepção da qualidade de vida e funcionalidade destes pacientes. **É possível que aconteça o seguinte desconforto ou risco: tempo dispendido para responder o questionário. Por isto medidas serão tomadas para sua redução, tais como a preparação do pesquisador em relação a entrevista, cadeiras, ambiente climatizado e água.**

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito, e também não sendo prejudicado em suas sessões de fisioterapia.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com o Sra. Taira Roscziniak, por meio do número de telefone: (054) 996165833 ou **no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621,**

Coordenação do curso de Fisioterapia, na URI Erechim , em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

7. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Eu, Márcia Bairros de Castro declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

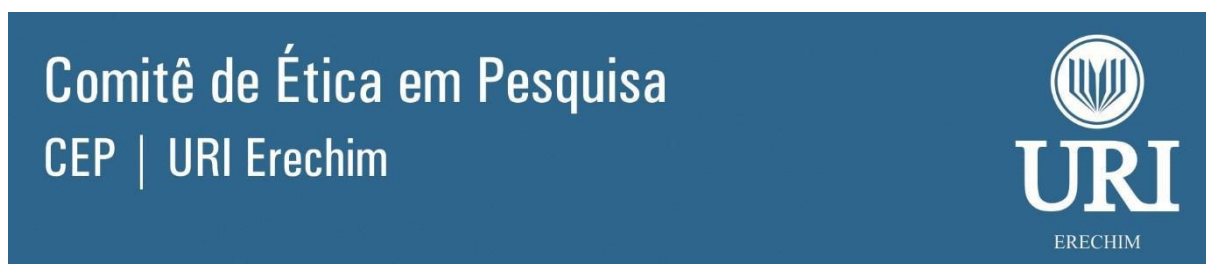
Assinatura do Professor pesquisador: _____

Eu, Taira Roscziniak, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA URI ERECHIM PARA USO DE MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/DEPENDÊNCIAS



Eu, Janesca Mansur Guedes, abaixo assinado, responsável pela Coordenação do Curso de Fisioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim, autorizo a realização do estudo Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade: Observação de doenças neurodegenerativas x doenças neurológicas abruptas, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Autorizo a utilização dos seguintes materiais, equipamentos e dependência (s): Será utilizado o salão da Clínica Escola de Fisioterapia.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição proponente no fornecimento de condições técnicas necessárias para a realização da pesquisa proposta.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Taira Roscziniak

Márcia Bairros de Castro

ANEXO A – MINI MENTAL

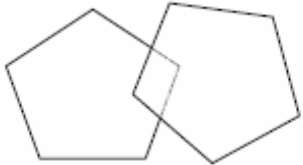
Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Analfabeto () Sim () Não

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
. Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se auto-corrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		

Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos. 		1
TOTAL		

Considerar apto para ingressar no programa pacientes com pontuação igual ou acima de 19, para analfabetos e pontuação igual ou acima de 24 para pessoas com escolaridade.

ANEXO B

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você	1	2	3	4	5

	recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C

Índice de Barthel

Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária

Nome: _____

1) Como você realiza as suas refeições ?

() 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.

() 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

() 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2) Como você toma seu banho ?

() 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro , de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.

() 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3) Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)

() 10 – Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.

() 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.

() 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4) Como você realiza seus asseios ?

() 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os

componentes	necessários	podem ser	providos por	alguma	pessoa.
()	0 –	Dependente.	Necessita	alguma	ajuda.

5) Como é sua evacuação ?

() 10- Continente. Não apresenta episódios de incontinência.

() 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.

() 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

6) Como é sua micção . Como você a realiza ?

() 10 – Continente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).
() 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
() 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como você vai ao banheiro ?

() 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.

() 5 – Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.

() 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

8) Como você realiza as suas transferências (cama, poltrona, cadeira de rodas)?

() 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.

() 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.

() 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.

() 0 – Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

9) Como você realiza a deambulação (locomoção , caminhar) ?

() 15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.

() 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10) Como você realiza a subida e descida de escadas ?

() 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

() 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.

() 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

.

VALORES

:

Severa : < 45 pontos

Grave : 45 – 49 pontos

Moderada : 60 – 80 pontos

Leve : 80 – 100 pontos PONTUAÇÃO TOTAL : _____

ANEXO D

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE: OBSERVAÇÃO NAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS X LESÕES NEUROLÓGICAS ABRUPTAS.

Pesquisador: Marcia Bairos de Castro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07668819.0.0000.5351

Instituição Proponente: Universidade Reg. Int. do Alto do Uruguai e das Missões - URI - Campus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.400.083

Apresentação do Projeto:

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia, a ser desenvolvido com uma amostra de 40 indivíduos, de ambos os sexos, escolhidos intencionalmente, de acordo com as características de manifestação da doença (com a particularidade de que, mesmo com mesmo diagnóstico clínico, as sequelas são diferentes em cada indivíduo e a categorização específica não será considerada), que sejam pacientes e estejam em atendimento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia, com idade superior a 18 anos e que tenham como diagnóstico uma doença neurodegenerativa ou uma lesão neurológica abrupta. Os participantes do estudo serão divididos em dois grupos amostrais. A metodologia utilizada será um estudo exploratório descritivo, de caráter quantitativo, com vistas a observar se há melhor qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas ou em pacientes com doenças neurológicas abruptas por meio da aplicação das Escalas Whoqol Bref para qualidade de vida e Índice de Barthel para funcionalidade. Os resultados obtidos poderão demonstrar se a qualidade de vida e funcionalidade são maiores em algum dos grupos estudados, permitindo a possibilidade futura de se fornecer possibilidades terapêuticas interventivas e de organização do contexto de cada grupo estudado. Justifica-se a realização desta investigação, pela falta de estudos comparativos sobre a qualidade de vida e funcionalidade nestas afecções. Orçamento previsto: R\$ 90,00, a ser custeado pelos próprios pesquisadores. Cronograma de execução: julho de 2019, defesa pública: novembro de 2019.

Endereço: Av. Seta de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1

Bairro: Centro

CEP: 99.709-910

UF: RS

Município: ERECHIM

Telefone: (54)3520-9000

Fax: (54)3520-9090

E-mail: efi@comite@uri.com.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



Continuação do Parecer: 3.492.083

Metodologia do estudo:

Após a qualificação do projeto, submissão ao CEP e sua aprovação, a coordenação da Clínica Escola de Fisioterapia será contatada, com vistas a autorização à realização do estudo nestas dependências. Os pacientes com os respectivos acometimentos neurológicos, serão abordados individualmente, após o término de uma sessão fisioterapêutica, para que sejam explicados pela pesquisadora os procedimentos da pesquisa e com o aceite, assinarão o TCLE. Os testes serão aplicados e auxiliados pela pesquisadora, em sessão marcada antecipadamente, e realizados logo após a sessão de fisioterapia de cada indivíduo, em sala reservada. O Mini Exame do Estado Mental, a ficha de avaliação de funcionalidade, e o questionário para avaliar a qualidade de vida serão aplicados para ambos os grupos. O nível cognitivo e intelecto será avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (Mini-mental), a qualidade de vida será avaliada pelo Instrumento de Avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e a funcionalidade através do Índice de Barthel. A análise dos dados será coletada através de estatística descritiva, e os dados serão representados através de gráficos e tabelas com média e percentual.

PROBLEMA

Quais os níveis de funcionalidade e qualidade de vida de pacientes com doenças neurodegenerativas e com lesão neurológica abrupta que frequentam a Clínica Escola de Fisioterapia Uri Erechim?

HIPÓTESES

H0 - Os índices de qualidade de vida e de funcionalidade têm relação com o tipo de manifestação da doença neurológica.

H1 - Os índices de qualidade de vida e de funcionalidade não têm relação com o tipo de manifestação da doença neurológica.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Serão considerados critérios de inclusão da amostra, pacientes portadores de doenças neurodegenerativas e doenças neurológicas abruptas que realizam fisioterapia na Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim, e que tiverem cognitivo e intelecto preservado para ler, compreender e

Endereço: Av. São da Setembro, 1521 prédio 12, sala 12.31.1

Bairro: Centro

CEP: 99.709-910

UF: RS

Município: ERECHIM

Telefone: (54)3520-9000

Fax: (54)3520-9090

E-mail: etica.comite@uri.com.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



Continuação do Protocolo: 3.400.083

responder aos questionários comprovado pelo mini exame do estado mental e ponto de corte em 23 pontos, consentirem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participarem e tiverem seus questionários validados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão considerados critérios de exclusão da amostra os pacientes que não tiverem cognitivo e intelecto preservado para ler, compreender e responder os questionários previstos para realização do estudo ou não concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Observar a qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas e pacientes com lesão neurológica abrupta, dentre os que frequentam a Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar a qualidade de vida em pacientes com doenças neurodegenerativas;
- Verificar a qualidade de vida em pacientes com doenças neurológicas abruptas;
- Aferir a funcionalidade em pacientes com doenças neurodegenerativas;
- Aferir a funcionalidade em pacientes com doenças neurológicas abruptas;
- Observar as duas situações e relacionar suas implicações como indicativos de intervenções fisioterapêuticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É possível que aconteça o seguinte desconforto ou risco: tempo despendido para responder o questionário. Por isto medidas serão tomadas para sua redução, tais como a preparação do pesquisador em relação a entrevista, cadeiras, ambiente climatizado e água.

O principal benefício esperado é colaborar com a comunidade para a melhora das intervenções fisioterapêuticas, por conhecermos a percepção da qualidade de vida e funcionalidade destes pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de TCC de Graduação em Fisioterapia submetido à área 4. Ciências da Saúde, tendo como

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1021, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 99.709-910
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3520-0000 Fax: (54)3520-0000 E-mail: eticacoreto@uri.com.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



Continuação do Parecer: 3.433.083

propósito principal do estudo (OMS): Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no projeto:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Termo de Autorização da Clínica Escola de Fisioterapia da URI Erechim para uso de Materiais/Equipamentos/Dependências
- Mini Exame do Estado Mental (Mini-mental)
- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (The World Health Organization Quality of Life) - WHOQOL-bref
- Índice de Barthel

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto de TCC, 3a. versão, atendeu as recomendações éticas emitidas, estando aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está apto a ser executado. Tendo em vista a legislação vigente, deve ser encaminhado ao CEP-URI/Plataforma Brasil o relatório final (TCC, monografia, dissertação, artigo, etc) ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação, via recurso da EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244725.pdf	11/06/2019 17:47:35		Aceito
Outros	recursotaira.docx	11/06/2019 17:46:34	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoalra.docx	11/06/2019 17:24:22	Marcia Bairos de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEATCLETIRA.docx	24/04/2019 10:40:00	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Outros	ANEXOAMINIMENTALTIRA.docx	24/04/2019 10:25:56	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Folha de Rosto	taira.docx	12/02/2019 14:40:42	Marcia Bairos de Castro	Aceito

Endereço: Av. Seta de Sete, 1521, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 99.709-910
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: etica@uri.com.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



Continuação do Parecer: 3-400 063

Outros	ANEXOCBarthelTAIRA.docx	22/01/2019 09:28:07	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Outros	ANEXOBWHOOQOLTAIRA.docx	22/01/2019 09:28:43	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICEBTERMODEAUTORIAZCAO TAIRA.docx	22/01/2019 09:19:16	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMATAIRA.docx	22/01/2019 09:03:27	Marcia Bairos de Castro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOTAIRA.docx	22/01/2019 09:01:52	Marcia Bairos de Castro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ERECHIM, 18 de Junho de 2019

Assinado por:

CLAODOMIR ANTONIO MARTINAZZO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1

Bairro: Centro

CEP: 99.709-910

UF: RS

Município: ERECHIM

Telefone: (54)3520-9000

Fax: (54)3520-9090

E-mail: eticacomite@uri.com.br