UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM - CCME
CURSO DE MEDICINA, *CAMPUS* ARAPIRACA

ANNE GABRIELLE SANTOS LIMA
FRANCISCO WELLINGTON DOS SANTOS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NA UNIDADE DE AVC DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE

ARAPIRACA
2024

ANNE GABRIELLE SANTOS LIMA
FRANCISCO WELLINGTON DOS SANTOS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NA UNIDADE DE AVC DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca, como pré-requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof.ª Dra. Jussara Almeida de Oliveira Baggio

Co-orientadora: Dra. Letícia Januzi de Almeida Rocha

ARAPIRACA
2024

Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Biblioteca *Campus* Arapiraca - BCA

L732p Lima, Anne Gabrielle Santos
Prevalência do nível de atividade física e comportamento sedentário de pacientes com AVC atendidos na unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste/ Anne Gabrielle Santos Lima, Francisco Wellington dos Santos da Silva. – Arapiraca, 2024.
53 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Almeida de Oliveira Baggio
Coorientadora: Dra. Letícia Januzi de Almeida Rocha
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina.) – Centro de Ciências Médicas e Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, *Campus* Arapiraca, Arapiraca, 2024.
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus* Arapiraca).
Referências: f. 31-34.
Apêndices: 35-38
Anexos: f. 39-53.

1. Acidente Vascular Cerebral (AVC) 2. Comportamento sedentário 3. Atividade física 4. Estado Funcional I. Silva, Francisco Wellington dos Santos da II. Baggio, Jussara Almeida de Oliveira III. Rocha, Letícia Januzi de Almeida IV. Título.

CDU 61

Bibliotecário responsável: Gerlane Costa Silva de Farias
CRB - 4 / 1802

ANNE GABRIELLE SANTOS LIMA
FRANCISCO WELLINGTON DOS SANTOS DA SILVA

PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES COM AVC ATENDIDOS NA UNIDADE DE AVC DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca, como pré-requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina

DATA DE APROVAÇÃO: 22/03/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br
JUSSARA ALMEIDA DE OLIVEIRA BAGGIO
Data: 05/04/2024 13:08:48-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Jussara Almeida de Oliveira Baggio

Universidade Federal de Alagoas – UFAL

Campus Arapiraca (Orientadora)

Documento assinado digitalmente
gov.br
LETICIA JANUZI DE ALMEIDA ROCHA
Data: 12/04/2024 15:58:46-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª Letícia Januzi de Almeida Rocha

Universidade Federal de Alagoas – FAMED/UFAL

(Coorientadora)

Documento assinado digitalmente
gov.br
LIVIA CAROLINA DE SOUZA DANTAS
Data: 05/04/2024 16:41:26-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Ma. Lívia Carolina de Souza Dantas

Doutoranda pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL

(Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Hoje, ao refletir sobre o caminho que percorri, meu coração transborda de gratidão e emoção. Cada passo, cada desafio, cada vitória e até mesmo cada obstáculo superado, foram moldados por mão amorosas e mentes brilhantes. À minha querida mãe, Claudia Maciel, você é a base sólida a qual construí minha vida. Te agradeço por ser meu pilar e fonte de inspiração. Seu amor incondicional, sua paciência e sua sabedoria foram a minha luz nessa trajetória e o motivo pelo qual barrou meus pensamentos de desistência. Ao meu querido padrinho, Dr Vanilson Melo, e minha Madrinha, Matilde Houly agradeço por serem mais do que padrinhos, mas anjos que sempre estiveram presentes. Vocês são a prova de qual a família se estende além dos laços de sangue. Às queridas amigas Ariana Suassuna e Bruna Lopes, a jornada torna-se mais leve e significativa com amizades como as suas. Nossas risadas encheram meus dias de alegria, e a cumplicidade que compartilhamos é meu tesouro (vocês fazem parte da minha história). À minha amiga Anne Gabrielle, que compartilhou comigo não apenas a representação de turma, mas também uma jornada árdua de projetos e trabalhos realizados, agradeço por toda colaboração mútua. A sua determinação e coragem foram inspiradoras, e juntos, alcançamos alturas que jamais imaginaríamos. Agradeço a Deus, cuja presença constante guiou meus passos e me deus forças nos momentos de dificuldades. À minha orientadora, Profa. Jussara Baggio, agradeço por toda dedicação e empenho incansável nessa trajetória de crescimento acadêmico e pessoal. E finalmente, à 6º Turma do Curso de Medicina UFAL Arapiraca, minha segunda família. Juntos, enfrentamos desafios, celebramos conquistas e construímos memórias que irei levar para toda a vida. Em cada um de vocês, encontrei motivos para agradecer e sou grato por tê-los ao meu lado.

Com todo amor e gratidão,

Francisco Wellington da Silva

Acima de tudo quero agradecer a Deus por ter me ajudado a chegar até aqui, a realizar o que sempre foi meu sonho e objetivo, a graduação em medicina, apesar desse trabalho não ser o marco final dessa jornada sinto que posso dizer como o salmista “até aqui nos ajudou o Senhor”. Agradeço também a minha família que sempre foi meu ponto seguro de apoio e incentivo, que por tantas vezes abriram mão de interesses próprios para me ajudarem a estudar e alcançar minha aprovação, e agora durante o curso não tem sido diferente, sinto o cuidado e amor de meus pais e meu irmão mesmo à distância, por virem me socorrer nas crises, sejam elas quais for, eles seguem sendo mais um motivo para continuar mesmo quando desmotivada. Ao meu noivo, meus sinceros agradecimentos por ser tão paciente, presente, estar sempre pronto a ouvir minhas reclamações e me ajudar a seguir em frente, além de ser meu serviço de assistência tecnológica pessoal. Aos meus amigos de turma, que tornam a caminhada mais leve e que me ajudam a ser uma pessoa melhor a cada dia, em especial a Francisco Wellington minha dupla de quase tudo, que me ajuda a representar a turma 6, que confiou em mim para realização desse trabalho e que tem sido sempre presente e e essencial para essa jornada, agradeço também as minhas amigas Bruna Lopes, Ariana Suassuna e Débora Teixeira por toda a ajuda e parceria. Por fim agradeço a nossa orientadora professora Jussara, por conduzir essa pesquisa e instruir-nos durante essa jornada, bem como, sou grata aos demais professores que prestaram ajudas nesse tempo. E por fim, quero agradecer as profissionais do arquivo e fisioterapia da Unidade de AVC do hospital de Emergência do Agreste que tanto contribuíram com esse projeto.

Com gratidão e amor,
Anne Gabrielle Santos Lima

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte no mundo e a terceira causa de incapacidade funcional e morte combinadas, caracterizado por um déficit neurológico focal agudo persistente por mais de 24 horas. Nesse contexto, o presente estudo foi realizado na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste, visando avaliar a prevalência da atividade física e do comportamento sedentário na população afetada por tal condição. Para tanto, utilizou- se um questionário para coleta de dados sociodemográficos, assim como as principais escalas neurológicas como o Rankin, NIHSS *(National Institutes of Health Stroke Scale*), Miniexame do Estado Mental (MEEM), Escala de Mobilidade Hospitalar (EMH) escala de Saltin-Grimbym e o Diário de Atividades de Vida Diária. Com isso, os dados coletados foram submetidos a análises estatísticas a partir dos testes de Kolmogorov- Smirnov e o teste de correlação de Sperman. Foram incluídos 103 pacientes, dos quais 52,42% eram do sexo feminino, 53,39% da raça parda, com média de idade de 66 ± 14,55 anos. Encontramos que o tipo de AVC mais prevalente foi o isquêmico com 64 pacientes (62,13%), o fator de risco mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica. Quanto as escalas, pela a Escala de Rankin Modicada encontramos que que a maioria dos pacientes foram admitidos com um nível de incapacidade leve, enquanto a NIHSS de admissão demostrou um grau de incapacidade moderado a grave (ERm ≥ 3); já no momento da alta, a maioria dos pacientes possuíam um grau de incapacidade moderadamente alto tanto na ERm quanto na NIHSS (ERm ≥ 3 e NIHSS ≥ 16). Observou-se que 87,5% dos entrevistados foram direcionados para a terapia conservadora e apenas 7,81% para terapia trombolítica. Quanto ao comportamento sedentário após o AVC o tempo médio foi de 14,85 ± 0,75 horas. Como resultado da análise do nível de funcionalidade 3 meses após o AVC encontramos que mais da metade dos pacientes possuíam alguma dependência funcional. Além disso, a análise de correlação revelou correlações significativas entre a funcionalidade após 3 meses do AVC e fatores clínicos, como o nível de mobilidade hospitalar e a gravidade do déficit neurológico no momento da alta hospitalar.

Palavras chave: AVC; comportamento sedentário; Estado Funcional

ABSTRACT

Stroke is the second leading cause of death worldwide and the third leading cause of combined functional disability and death, characterized by acute persistent focal neurological deficit for more than 24 hours. In this context, this study was conducted at the Stroke Unit of Agreste Emergency Hospital to assess the prevalence of physical activity and sedentary behavior in the population affected by such condition. A questionnaire was used for sociodemographic data collection, as well as key neurological scales such as the Modified Rankin Scale, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), Mini-Mental State Examination (MMSE), Hospital Mobility Scale (HMS), Saltin-Grimby scale, and the Daily Life Activities Diary. The collected data were subjected to statistical analysis using Kolmogorov-Smirnov and Spearman correlation tests. A total of 103 patients were included, of which 52.42% were female, 53.39% were of mixed race, with a mean age of 66 ± 14.55 years. We found that the most prevalent type of stroke was ischemic, with 64 patients (62.13%), and the most prevalent risk factor was systemic arterial hypertension. Regarding the scales, the Modified Rankin Scale showed that the majority of patients were admitted with mild disability, while the admission NIHSS demonstrated a moderate to severe degree of disability; at discharge, most patients had a moderately high degree of disability both in the Modified Rankin Scale and NIHSS. It was observed that 87.5% of the respondents were directed to conservative therapy and only 7.81% to thrombolytic therapy. Regarding sedentary behavior post-stroke, the average time was 14.85 ± 0.75 hours. Analysis of functional level 3 months post-stroke revealed that more than half of the patients had some functional dependency. Furthermore, correlation analysis revealed significant correlations between functionality 3 months post-stroke and clinical factors, such as level of hospital mobility and severity of neurological deficit at the time of hospital discharge.

Keywords: Stroke; Sedentary Behavior; Functional Status.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade física
AIT	Ataques isquêmicos transitórios
AVC	Acidente Vascular cerebral
AVCh	Acidente Vascular cerebral hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular cerebral isquêmico
DALYs	Anos de vida perdidos;ajustados por incapacidade
DM	Diabetes millitus
EMH	Escala de Mobilidade Hospitalar
Erm	Escala de Rankin modificada
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
INR	International normalized ratio
IQR	intervalo interquartil
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
2 REFERENCIAL TEÓRICO 10
2.1 Acidente Vascular Cerebral 11
2.2 Sedentarismo e comportamento sedentário 12
2.3 Sedentarismo e comportamento sedentário no AVC 13
3 JUSTIFICATIVA 15
4 OBJETIVOS 16
4.1 Objetivo geral 16
4.2 Objetivos específicos 16
5 METODOLOGIA 17
5.1 Desenho do estudo e população 17
5.2 Coleta de dados 17
5.3 Análise estatística 19
6 RESULTADOS 20
7 DISCUSSÃO 25
8 CONCLUSÃO 30
REFERÊNCIAS 31
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) 35
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS 39
ANEXO B – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS) 42
ANEXO C – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA 46
ANEXO D – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) 47
ANEXO E – ESCALA DE MOBILIDADE HOSPITALAR (EMH) 48
ANEXO F – ESCALA DE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE SALTIN-GRYMBY 49
ANEXO G – ESTUDO DE SEGUIMENTO 50
ANEXO H – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 53

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é classicamente caracterizado como um déficit neurológico atribuído a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central (SNC) por uma causa vascular. Classifica-se como AVC isquêmico (AVCi) quando ocorre a obstrução de um vaso sanguíneo impossibilitando o fluxo para as células cerebrais ou AVC hemorrágico (AVCh), quando acontece a ruptura de um vaso, causando sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóideo (Sacco et al., 2013).

As estimativas mais recentes do *Global Burden of Disease Study* (GBD) de 2019 mostraram que o AVC continua a ser a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de morte e incapacidade combinadas (conforme expresso pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade - DALYs) no mundo (Feigin et al., 2022). No Brasil, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2022 ocorreram 107.322 mortes por AVC no Brasil (incluindo o CID 10 I60 a I67) (DATASUS, 2010).

Os fatores de risco podem ser divididos em duas categorias: os não modificáveis e os modificáveis. Entre os não modificáveis estão: idade, raça, sexo e hereditariedade. E os fatores de riscos modificáveis são: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, dislipidemias, fibrilação atrial e sedentarismo (RODRIGUES et al., 2013). Aproximadamente 90% dos AVC são atribuíveis a fatores de risco modificáveis (O'DONNELL et al., 2010).

Com relação ao sedentarismo, estimativas globais mais recentes mostram que um em cada quatro (25%) adultos e mais de três quartos (81%) dos adolescentes não atendem às recomendações de exercícios aeróbicos, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2020). No Brasil, a taxa de sedentarismo é de 40,3% entre a população de 18 anos ou mais de idade (PNS,2019). Segundo estudos publicados pela OMS, indivíduos com doenças crônicas deveriam realizar pelo menos 150 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada. Entretanto, qualquer redução do comportamento sedentário nessa população por meio de atividades de qualquer intensidade já promove benefícios para a saúde (World Health Organization, 2020).

O termo comportamento sedentário, refere-se a qualquer comportamento de vigília que gere um baixo gasto energético realizado na postura sentada ou reclinada

(Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Os pacientes com AVC apresentam baixos níveis de atividade física e gastam mais tempo em atividades que consomem pouca energia, quando comparados a pessoas saudáveis (AGUIAR et al., 2020). Apesar da prática regular de exercício físico ter ganhado força como primeira linha para tratamento do AVC e, consequente melhoria da qualidade de vida, nesses indivíduos o denominado comportamento sedentário ainda é predominante (ANDRÉ, 2021).

Um estudo feito acerca do impacto das intervenções para redução do comportamento sedentário após AVC, demonstrou que períodos prolongados e ininterruptos de comportamento sedentário ocorrem juntamente com os baixos níveis de atividade física após o AVC. Quando esse padrão persiste a longo prazo, pode contribuir para o elevado risco de eventos cardiovasculares secundários e morte entre os sobreviventes de AVC. Portanto, intervenções para reduzir e/ou interromper o tempo sedentário ou aumentar o tempo de atividade física a qualquer momento após o AVC podem ajudar a reduzir a carga global do AVC (Saunders et al.,2021).

Contudo, os resultados desta revisão sugerem que as intervenções incluídas não afetaram o número de mortes (evidência de baixa qualidade). Quanto ao comportamento sedentário, as evidências do impacto da intervenção na redução desse comportamento são atualmente inconclusivas e de certeza muito baixa, e requerem mais estudos. No entanto, adiar a implementação de intervenções para reduzir o sedentarismo nesta população, que é em grande parte sedentária e com risco aumentado de eventos cardiovasculares recorrentes e morte, colocá-la-ia num risco ainda maior (Saunders et al.,2021).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acidente Vascular cerebral

A *American Heart Association/The American Stroke Association* (AHA/ASA) define o AVC como sendo um episódio agudo que possui como característica uma disfunção neurológica focal persistente por mais de 24 horas. Ao nível mundial, o AVC é a segunda causa de morte e um dos principais contribuintes para a incapacidade funcional a longo prazo (Tadi; Lui, 2023). Embora os parâmetros epidemiológicos se
modifiquem ao longo dos anos e de acordo com os países e sua renda, o número absoluto de pessoas com AVC, sobreviventes de AVC, mortes relacionadas ao AVC é alta e continua sendo crescente (Gorelick, 2019).

No Brasil, o AVC é a segunda causa de morte, com incidência de 139.91/100,000 habitantes. Sendo prevalente entre os indivíduos do sexo masculino (52,9%), acima de 70 anos com uma porcentagem de prevalência de 60,2% (DE SANTANA et al., 2018). Em 2016, a prevalência de AVC hemorrágico foi mais marcante entre as mulheres (DE SANTANA et al., 2018). São também as mulheres que sofrem mais deficiências, embora os homens morram com mais frequência. Além disso, o AVC tem alta letalidade em indivíduos de 15 a 49 anos. (Santana et al., 2018).

O AVC possui duas classificações principais: AVC isquêmico (AVCi) e hemorrágico (AVCh), o isquêmico é decorrente de uma obstrução de um vaso, impedindo a circulação sanguínea devido a presença de êmbolos ou trombos, sendo responsáveis por 85% dos casos de AVCs, enquanto que o AVCh ocorre devido uma ruptura de um vaso causando o extravasamento de sangue no parênquima cerebral ou em sua superfície (Nitrini; Bacheschi, 2015).

Os fatores de risco para AVC podem ser divididos em duas categorias: os não modificáveis e os modificáveis. Entre os não modificáveis estão: idade, raça, sexo e hereditariedade. E os fatores de riscos modificáveis são: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, dislipidemias, fibrilação atrial e sedentarismo (Rodrigues et al., 2013).

O INTERSTROKE, um estudo de caso-controle internacional realizado em 32 países, dentre esses o Brasil, concluiu que cerca de 90% do risco de AVC atribuível à população está associado a dez fatores de risco potencialmente modificáveis: HAS, tabagismo, DM, sedentarismo, alimentação, fatores psicossociais, obesidade abdominal,

álcool, causas cardíacas e apolipoproteínas (O´Donnell, et al., 2016).

Pacientes com AVC apresentam história de início súbito ou rápido de sintomas neurológicos. Os sintomas dependem da área cerebral afetada, mas pode ocorrer fraqueza muscular em um lado do corpo, alterações ou perda da visão, dificuldades para falar, dores de cabeça fortes e persistentes, desvio da rima labial, alterações na sensibilidade. Dores de cabeça ocorrem em aproximadamente 25% dos casos e náuseas e vômitos podem ocorrer em lesões no tronco cerebral ou cerebelo (Adams
Jr., et al. 2003). Por ser um quadro clínico que não possui um sinal ou sintoma patognomônico, faz-se o uso da neuroimagem (tomografia computadorizada sem contraste e/ou ressonância magnética) em todos os pacientes que apresentem sintomatologia compatíveis com o AVC objetivando detectar e diferenciar a presença de um foco isquêmico de um foco hemorrágico, de modo a orientar as intervenções agudas e selecionar os pacientes elegíveis para terapias de reperfusão, seja trombólise intravenosa, seja trombectomia mecânica (André et al., 2021).

Para pacientes candidatos e elegíveis com AVCi agudo, o protocolo de trombólise intravenosa é a terapia de escolha, desde que o paciente esteja dentro da janela terapêutica de 4,5 horas após o início dos sintomas e que não possua contraindicações (POTLA; GANTI, 2022). Outra modalidade de tratamento na fase aguda é a trombectomia mecânica que é indicada para aqueles com AVCi oriundo de uma oclusão de grande artéria na circulação anterior e que podem ser tratados até 24 horas após o início dos sintomas (Jadhan; Desai; Jovin, 2021). No AVCh o manejo adequado do paciente na fase aguda visa o controle da extensão do sangramento a partir da monitorização e controle pressórico intracraniano, controle hemostático, controle dos níveis pressóricos, além do tratamento de suas possíveis complicações (Hemphill et al., 2015).

Sendo uma condição médica considerada grave e de alto potencial de incapacidade, o AVC necessita de uma maior compreensão sobre seus impactos negativos em nível individual e coletivo. Nesse sentido, é importante compreender a contribuição dos fatores de riscos nas chances de ocorrência de um AVC. Ademais, o diagnóstico e ação precoce adequada diante de um quadro de AVC minimiza os danos irreversíveis que essa condição clínica pode trazer ao indivíduo (Oliveira; Maciel, 2021).

2.2 Sedentarismo e Comportamento sedentário

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) define o sedentarismo com

uma prática de atividade física leve inferior a 150 minutos por semana, de acordo com as recomendações atuais, para a população entre 18 e 60 anos (Haskesll et al., 2007). Enquanto, o comportamento sedentário é definido como qualquer comportamento de vigília em uma postura sentada, reclinada ou deitada com baixo
gasto energético (≤1,5 equivalentes metabólicos - MET) (Tremblay et al., 2017). Nesse sentido, os altos níveis de comportamento sedentário estão associados às doenças cardiovasculares e DM tipo 2, bem como o câncer e a mortalidade por todas as causas (WHO, 2020).

O sedentarismo foi classificado como o quarto maior fator de risco de mortalidade global, deste modo, o mesmo acaba sendo um dos fatores de risco mais prevalentes na população para o surgimento de doenças cardiovasculares (DCV) e doenças crônico-degenerativas, tais como, DM tipo II, HAS, síndrome metabólica e dislipidemia, levando ao crescimento da morbimortalidade cardiovascular, constatando riscos para doenças cardíacas e cerebrais (Luís Aziz, 2014).

Atividade física (AF) é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia, incluindo atividades realizadas durante o trabalho, brincadeiras, tarefas domésticas, envolvimento em atividades recreativas (WHO, 2020). Neste aspecto, o termo AF não deve ser confundido com exercício físico, que consiste em uma subcategoria de AF planejada, estruturada, repetitiva e visa melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (Budde. et al., 2016; Who, 2020).

Para que se obtenha níveis de atividade física considerados satisfatórios, de acordo com as recomendações internacionais, os adultos acima de 18 anos devem cumprir 150 minutos de AF de intensidade moderada (dança, jardinagem, tarefas domésticas) à rigorosa, como corrida, ciclismo e natação durante a semana ou no mínimo de 75 minutos de atividade vigorosa por semana (Who, 2020).

2.3 Sedentarismo e Comportamento sedentário no AVC

A prática regular de atividade física e o exercício físico tem sido reconhecida como uma abordagem comportamental potencial para prevenir o AVC (Ghozy et al., 2022). Nesse sentido, a presença de fatores de risco, principalmente o comportamento sedentário, pode predispor ao aparecimento do AVC (André, 2021).

Quanto ao comportamento sedentário prévio ao AVC, uma revisão sistemática e meta-análise dose-resposta constatou que quando o tempo sedentário foi menor que 3,7

horas por dia, nenhuma alteração significativa foi observada no risco de AVC. Mas quando foi estendido para 6,5 horas por dia, cada hora adicional foi associada a um aumento de 6% no risco de AVC. O nível muito alto de comportamento sedentário (>11 h/dia) aumentou significativamente o risco de acidente vascular cerebral (Wang et al., 2022).

Uma questão importante é que os pacientes após o AVC também apresentam baixos níveis de atividade física e gastam mais tempo em atividades que consomem pouca energia, quando comparados a pessoas saudáveis (AGUIAR et al., 2020), sendo comum a ocorrência de perda de massa e força muscular nesses indivíduos (Vahlberg et al., 2016). Apesar da prática regular de exercício físico ter ganhado força como primeira linha para tratamento do AVC e, consequente melhoria da qualidade de vida, nesses indivíduos o denominado “comportamento sedentário” é predominante (André, 2021).

Nesse sentido, além do baixo nível de atividade física, esses pacientes possuem acréscimo no tempo e comportamento sedentário que correspondem ao tempo de inatividade (Morton et al., 2019).

A partir disso, a OMS indica que haja a inserção e incentivo da prática regular de atividade física diária (Bull et al., 2020), tendo em vista que fatores de riscos modificáveis como, obesidade, hipertensão arterial e sedentarismo podem promover o desenvolvimento da doença e o surgimento de um novo evento (MarzolinI, 2018).

Um estudo multicêntrico realizado no ano de 2004 realizou uma análise por 14 dias de 64 pacientes na fase aguda do AVC em que o objetivo foi verificar o nível de atividade física pós AVC, assim como identificar os fatores que podem influenciar os níveis de atividade física nesses pacientes. Os resultados demonstram que apenas 12,8% dos pacientes avaliados realizam atividades de níveis moderado e alto. Além disso, os pacientes passaram mais de 50% de seu tempo em repouso na cama, 28% sentados fora da cama e apenas 13% envolvidos em atividades com potencial para prevenir complicações e melhorar a recuperação da mobilidade (Bernhardt et al., 2004).

Outro estudo, mas de coorte prospectivo, realizou uma análise em pacientes internados no *Trondhein University Hospital*, Noruega. Esse estudo avaliou a atividade motora/repouso no leito na fase aguda do AVC usando um método padrão de observação, e o resultado foi avaliado pela Escala de Rankin modificada 3 meses depois (ASKIN et al., 2014). Após análise dos dados obtidos, foi verificado que o tempo de comportamento sedentário na fase inicial do AVC estava associado a um mau desfecho funcional 3 meses depois, o que indica que o comportamento sedentário deve ser evitado na fase inicial após o AVC (Askin et al., 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Estudos recentes mostram a importância, desde a fase aguda do AVC, em manter o indivíduo ativo e participativo (Bernhardt et al, 2019; Langhorne et al, 2017). Os pacientes após o AVC apresentam uma capacidade reduzida de realizar atividades de vida diária como as de autocuidado e de participação na sociedade, uma das principais consequências destas deficiências é um estilo de vida sedentário crônico (Gordon et al., 2004). Além disso, devido ao contexto hospitalar, falta de profissionais capacitados ocorre o aumento do comportamento sedentário nesses indivíduos durante o internamento. Esse padrão de comportamento está diretamente relacionado com a redução do ganho funcional, principalmente nos 6 primeiros meses após o AVC, fase de maior neuroplasticidade (Bernhardt et al, 2020).

Assim, torna-se crucial implementar estratégias que motivem os indivíduos que sofreram um AVC a permanecerem ativos, envolvidos na vida social e a reduzir o tempo dedicado a comportamentos sedentários. Neste contexto, a literatura atual direciona sua atenção para uma variedade de estudos que se propõem a compreender a relação entre o AVC e o comportamento sedentário. No entanto, é evidente que esses estudos ainda necessitam de uma compreensão mais aprofundada. Isso ressalta a necessidade da realização de mais pesquisas que se concentrem na quantificação e na comparação desses padrões de comportamento, visando aprofundar nossa compreensão e aprimorar os resultados para os pacientes afetados.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Verificar a prevalência do comportamento sedentário de pacientes na fase sub- aguda do AVC atendidos na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste.

4.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de sedentarismo prévio ao AVC;
- Verificar o nível de funcionalidade após 3 meses do AVC;
- Correlacionar o nível de comportamento sedentário com a gravidade da doença;
- Correlaciona o nível de comportamento sedentário com o grau de mobilidade intra-hospitalar.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo e população

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. Realizado entre setembro de 2022 e fevereiro de 2024. Foram incluídos pacientes com diagnóstico confirmado por neuroimagem de AVC isquêmico ou hemorrágico ou Ataque isquêmico transitório (AIT), atendidos na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste com mais de 18 anos e que estejam estáveis clinicamente após o atendimento de urgência do AVC.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: (1) Ter outra doença neurológica associada ao AVC; (2) possuir doença sistêmica grave associada ao AVC, como câncer, e possuir amputações, outras alterações ortopédicas graves prévias ao AVC.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o parecer 5.421.582 (ANEXO H). Todos os pacientes ou familiares responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.2 Coleta dos dados

Inicialmente os participantes foram avaliados por um questionário de dados pessoais, com as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de escolaridade, tipo do AVC, lateralidade do AVC, data do AVC, tratamento da fase aguda (ANEXO A).

Posteriormente foram aplicadas as seguintes escalas:

National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS (ANEXO B) para avaliação da gravidade do AVC. Os itens avaliados por esta escala foram: 1a) nível de consciência, 1b) perguntas de nível de consciência (orientação no tempo), 1c) comandos de nível de consciência (execução de tarefa motora), 2) melhor olhar (paralisia do olhar), 3) campos visuais, 4) paralisia facial, 5) comando motor para membros superiores; 6) comando motor para membros inferiores, 7) ataxia de membros, 8) sensibilidade, 9) melhor linguagem (afasia), 10) disartria e 11) extinção ou desatenção. A NIHSS é um dos instrumentos de medida clínica em AVC que apresenta maior validade e reprodutibilidade (Brott; Reed, 1989).

Escala de Rankin modificada (ERm) (ANEXO C): teve como objetivo avaliar o nível de incapacidade do paciente de forma global e consequentemente, seu nível de

dependência funcional. Durante a avaliação, a escala permite que o avaliador leve em consideração aspectos físicos e não físicos, que são essenciais para a auto manutenção de cada indivíduo (Cincura et al., 2009).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO D): esta escala foi utilizada como teste de rastreio para alteração cognitiva. Examinando a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e viso-espaciais. O escore do MEEM pode variar de 0 pontos, o qual indica maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva (CASTRO-COSTA et al., 2009).

Escala de Mobilidade Hospitalar (EMH) (ANEXO E): Projetada especificamente para pacientes após AVC, avaliou de forma específica a mobilidade de pacientes após AVC no ambiente hospitalar, por meio de três tarefas: Sedestação (pontuação de 0 a 6, na qual 0 pontua o paciente capaz de realizá-la de forma independente e 6 o paciente que não consegue realizar a tarefa) Ortostase e Marcha (em ambas a pontuação varia de 0 – realiza de forma independente – a 3 não realiza a tarefa), não requer treinamento específico, não necessita de equipamentos ou ambiente padronizado.

Escala de Nível de Atividade Física de Santin-Grimby (ANEXO F): Questionário de quatro níveis utilizado para estimar o nível de atividade física antes do AVC, desde a sua criação já passou por diversas modificações para ser utilizada em diferentes contextos de saúde, no atual projeto foi utilizada para mensurar a prevalência de sedentarismo prévio ao AVC. Os pacientes foram classificados como nível 1 quando eram fisicamente inativos; 2 quando fisicamente ativos por pelo menos 4 horas por semana; 3 quando realizavam atividades físicas pesadas por pelo menos
2 a 3 horas semanais; e 4 quando realizavam treinamento físico regular e pesado a nível esportivo várias vezes por semana.

Diário de Atividades de Vida Diária (ANEXO G): Avaliamos as atividades realizadas pelos paciente em seu cotidiano e mudanças de rotina após o AVC por meio do desenvolvimento de um diário de atividades, o que foi aplicado por via telefônica três meses após o AVC, contendo os seguintes tópicos: Quais atividades são realizadas em cada período do dia? local onde o paciente reside após alta hospitalar, tipo de terapia de reabilitação realizada pelo paciente, a frequência e duração da terapia, local de realização da terapia, utilização de dispositivos auxiliares de marcha.

Métodos

Os pesquisadores do estudo tiveram acesso diariamente aos pacientes que foram admitidos na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste, a partir do início do estudo. Dessa forma, os pacientes foram selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os pesquisadores abordaram os pacientes ou familiares que estavam dentro dos critérios, foi apresentado e explicado o objetivo da pesquisa, procedimentos que seriam realizados, riscos e benefícios, assim como a possibilidade de interrupção da sua participação na pesquisa a qualquer momento sem prejuízo ao participante. Os pacientes e familiares que aceitaram ou permitiram a participação leram e assinaram o TCLE (APÊNDICE A). No primeiro momento foram aplicadas as escalas de mobilidade hospitalar, de nível de atividade física de Santin- Grimby e coletados dos prontuários as escalas de ERm e NIHSS.

Após 3 meses do AVC os participantes incluídos foram convocados para uma avaliação, a qual foi realizada via ligação telefônica. Os participantes foram avaliados pela ERm, que já foi validada para uso por telefone no Brasil (BAGGIO, J.A.O. et al., 2014), o diário de rotinas de vida diária (ANEXO G) e um questionário desenvolvido pelos pesquisadores (ANEXO A). Todos os instrumentos poderiam ser respondidos pelo próprio participante ou pelo familiar/cuidador.

5.3 Análise Estatística

Quanto aos resultados da estatística descritiva, as variáveis numéricas foram reportadas por medidas de tendência central e dispersão como média ± desvio padrão, mediana e intervalo interquartil (IQ), enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas como frequências: números e porcentagens. Todos os testes utilizados foram bicaudais com nível de significância para rejeição das hipóteses nulas igual a 5% (0,05). Foram aplicados os testes de Kolmogorov-Smirnov para definir o tipo de distribuição das variáveis. Além destes, foi utilizado o teste de correlação de Sperman para analisar a correspondência entre as variáveis.

6 RESULTADOS

Foram avaliados 108 pacientes, destes foram excluídos 5 pacientes devido a presença de outras doenças neurológicas associadas. Entre os 103 participantes restantes, 54 (52,42%) eram do sexo feminino e 49 eram do sexo masculino (47,57%). Quanto à raça, 55 eram pardos (53,39%), 40 eram brancos (38,83%) e 8 eram pretos (7,76%). A média de idade foi de 66 ± 14,55 anos. Quanto ao estado civil, 67 pacientes (65,04%) eram casados, 21 (20,38%) eram viúvos, 11 (10,67%) eram solteiros e 4 (3,88%) eram divorciados. A média dos anos de estudos foi de 4 ± 4,44 anos.

Tabela 1 - Antecedentes pessoais/fatores de risco mais prevalentes

Fator de risco	**N[1]**	**%[2]**
HAS	82	79,61
Diabetes mellitus	45	43,68
AVC/AIT prévio	35	33,98
Tabagismo	28	27,18
Dislipidemias	25	24,27
Etilismo	23	22,33
Cardiopatias	21	20,38
Covid-19	19	18,44
Depressão	17	16,50
Osteoartrite	17	16,50
Fibrilação atrial/arritmias	9	8,73
Alterações cognitivas	4	3,88
Insuficiência cardíaca	9	8,73
Insuficiência renal	6	5,82

Legenda: 1- O total de respostas dos participantes, cumpre observar que um participante citou mais de um fator de risco. 2- A porcentagem foi calculada com base no N total de pacientes incluídos (103).
HAS - hipertensão arterial sistêmica; AVC -acidente vascular cerebral; AIT- ataque isquêmico transitório.
Fonte: Autores (2024).

Quanto ao tipo de AVC: 64 pacientes (62,13%) tiveram AVCi e 34 (33%)b tiveram AVCh, 4 (3,88%) AIT e 1 paciente (0,97%) AVCh intraparenquimatoso (HSA). As principais

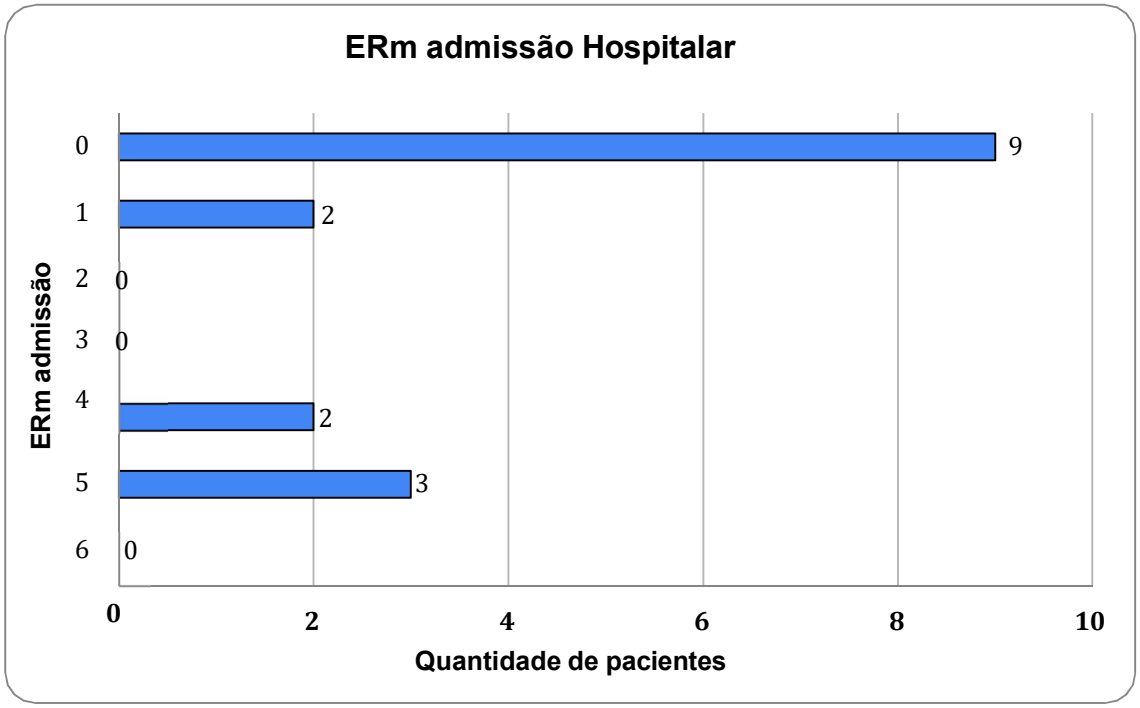
topografias do AVC na tomografia computadorizada foram: cortical em 65 pacientes (63,10%), subcortical em 24 pacientes (23,30%), tronco encefálico em 2 pacientes (1,94%), sem alterações em 2 pacientes (1,94%) e em 10 pacientes (9,70%) não consta tal informação em prontuário.

Dos 64 pacientes com AVCi, 57 (89%) receberam tratamento conservador, 5 (7,81%) realizaram trombólise e 3 (4,68%) craniectomia descompressiva. Dos 34 pacientes com AVCh, 30 (88,23%) foram direcionados ao tratamento clínico e 4 (11,76%) para craniectomia descompressiva.

As justificativas para o encaminhamento ao tratamento conservador foram 40 pacientes (70,17%) estavam fora de janela para trombólise, 9 pacientes (15,78%) possuíam Aspects maior que 7, 2 pacientes (3,5%) baixo NIHSS, 1 pacientes (1,75%) AVC a menos de 3 meses, 1 paciente (1,75%) teve transformação hemorrágica, 1 paciente (1,75%) PAS maior que 158 mmHg, 1 paciente (1,75%) HSA, 1 paciente (1,75%) INR menor que 1,7 e 1 paciente (1,75%) por risco de migração de trombo dado assim descrito no prontuário do paciente.

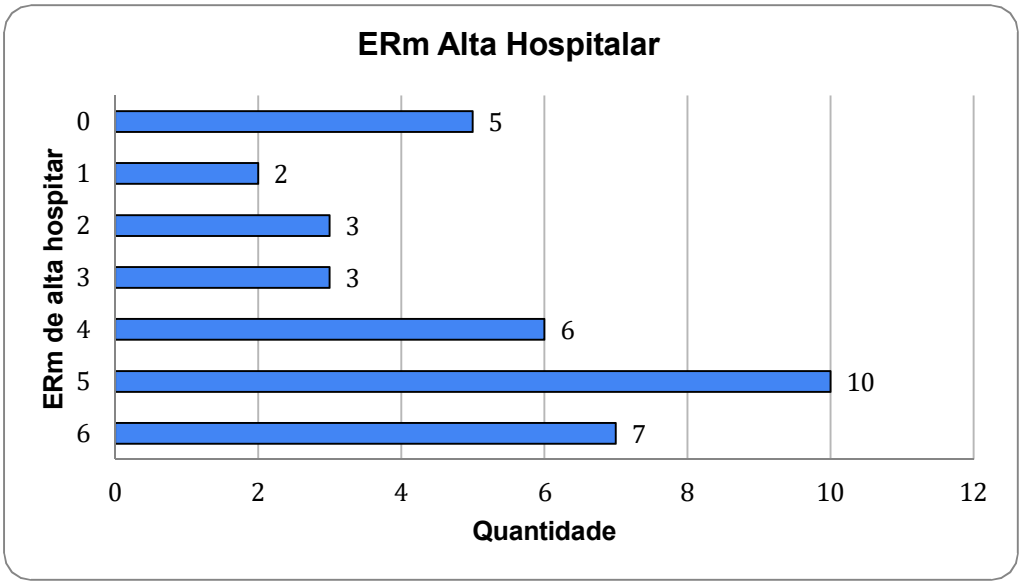
A mediana (IQR) da ERm prévia foi 0 (0 - 1). Quanto a ERm de admissão, dos 103 pacientes incluídos apenas 16 possuíam esse dado registrado em prontuário, tendo assim uma mediana de 2 (0 - 4). A ERm de alta dos 103 pacientes incluídos apenas 32 possuíam esse dado registrado em prontuário, tendo assim uma mediana de 0 (0 - 6). A mediana do NIHSS de entrada foi de 10,5 (4,25 - 20). A mediana da NIHSS 48h após o AVC foi de 8 (3 - 18,75). A mediana da NIHSS de alta foi de 8 (1 - 18). A mediana da EMH foi de 8 (1,75 - 12). A mediana do MEEM foi 18 (12,5 – 22,5)

Gráfico 1 - Quantidade de pacientes por nível na Escala de Rankin modificada (ERm) na admissão hospitalar



Fonte: Autores (2024).

Gráfico 2 - Quantidade de pacientes por nível na Escala de Rankin modificada (ERm) na alta hospitalar



Fonte: Autores (2024).

Em relação à escala de Saltin-Grimby, 65 pacientes (63,10%) foram classificados no nível 1- fisicamente inativos; 28 pacientes (27,18%) nível 2 - pouca atividade física; 6 pacientes (5,82%) nível 3 - Prática de atividade física e treinamento regular e 3 pacientes (2,91%) nível 4 - Treinamento físico regular e pesado a nível esportivo.

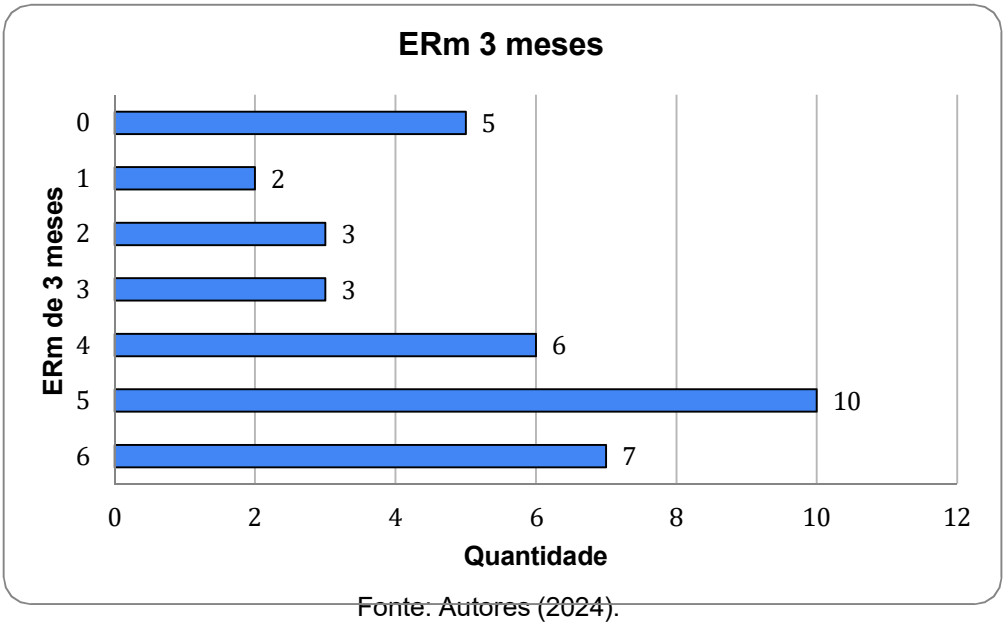
92 pacientes (89,32%) andavam de forma independente antes do AVC. 10 pacientes (9,70%) andavam com auxílio, dentre estes, 4 (40%) são decorrentes de AVC prévio e 6 (60%) não souberam informar ou não constava em prontuário alguma comorbidade que justificasse tal limitação. 1 paciente (0,97%) era incapaz de andar devido às sequelas de um AVC prévio.

As principais complicações observadas foram: disfagia em 41 pacientes (39,80%) e a necessidade de ventilação mecânica em 17 pacientes (16,50%). Os principais desfechos foram a alta hospitalar em 89 pacientes (86,40%), óbito intra hospitalar em 9 pacientes (8,73%) e 5 pacientes (4,85%) foram transferidos para outra unidade hospitalar.

Até o momento, foram incluídos no estudo de seguimento 70 pacientes, destes, não conseguimos contatar 35 (50%) pacientes porque não atenderam as ligações ou passaram números inexistentes. Os resultados obtidos com os 35 pacientes restantes foram: 19 eram do sexo masculino (54,28%), a média de idade foi 64 ± 14,33 anos e ocorreram 7 óbitos. A mediana da ERm de 3 meses após o AVC foi de 4 e IQR (5 - 2).

A média de tempo em comportamento sedentário 3 meses após o AVC foi de 14,85 ± 0,75 horas.

Gráfico 3 - Quantidade de pacientes por nível na Escala de Rankin modificada (ERm) 3 meses após o AVC



Fonte: Autores (2024).

Quanto à realização de terapias de reabilitação 3 meses após o AVC, 19 (54,28%) realizavam fisioterapia. A média de número de sessões de fisioterapia por semana foi de 2

± 1,52 dias na semana, com média de duração de 30 ± 12,11 minutos por sessão. Dos pacientes que realizavam reabilitação, a maioria 14 (73,68%) realizavam em casa, 33 (94,28%) dos pacientes permaneceram morando na mesma casa que residiam antes do AVC. 10 (28,57%) pacientes utilizavam dispositivo auxiliar de marcha, sendo que 7 (20%) utilizam cadeiras de rodas, 2 (5.71%) bengala e 1 (2,85) andador.

Tabela 2 - Correlações ERm 3 meses, EMH, NIHSS e tempo em Comportamento sedentário

	EMH Sedestração	EMH Ortostase	EMH Marcha	EMH Total	NIHSS Entrada	NIHSS 48h	NIHSS Alta	ERm 3 meses
ERm 3 meses	**0,504 (0,002)**	**0,586 (0)**	**0,522 (0,002)**	**0,520 (0,002)**	**0,435 (0,010)**	**0,503 (0,002)**	**0,728 (0)**	**.**
Comportamento sedentário	**0,018**	**-0,2**	**0,210**	**-0,120**	**-0,285**	**-0,179**	**-0,107**	**-0,105**
	(0,928)	**(0,917)**	**(0,913)**	**(0,544)**	**(0,133)**	**(0,352)**	**(0,596)**	**(0.609)**

Legenda: EMH: Escala de Mobilidade Hospitalar; NIHSS: *National Institutes of Health Stroke Scale;* ERm: Escala de Rankin Modificada.

7 DISCUSSÃO

Este estudo representa a primeira pesquisa realizada na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste, localizado no estado de Alagoas, constituindo-se como o pioneiro na região em analisar a prevalência do AVC e do sedentarismo na população acometida pelo AVC. Os resultados obtidos mostraram que a idade média dos participantes foi de 66 anos, predominando no sexo feminino, casados, de raça parda e sem escolaridade formal. No que se refere às comorbidades, a hipertensão e a diabetes são as mais prevalentes. Quanto ao tipo de AVC, observou-se predominância do AVCi, somando mais de 60% dos casos em comparação ao AVCh. Ademais, houve uma alta proporção de pacientes com AVCi submetidos à terapia conservadora em contraste com as terapêuticas mais indicadas, como trombólise ou trombectomia mecânica em pacientes elegíveis. No processo de admissão, a amostra apresentou uma mediana de 10,5 pontos na escala de NIHSS, caracterizando um comprometimento neurológico moderado, sendo tal condição clínica mantida após 48 horas na maioria dos casos. Ao analisar os aspectos relacionados ao comportamento sedentário e à atividade diária pregressa ao AVC, em torno de 63% dos entrevistados eram fisicamente inativos, o tempo médio de permanência em comportamento sedentário foi de 14,85 ± 0,75 horas 3 meses após o AVC.

Globalmente, o AVC é tido como a segunda causa de morte e uma das principais razões de incapacidade funcional (Feingin et al., 2021). Entretanto, no Brasil, no ano de 2020, a partir da análise dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), evidenciou mais de 99 mil mortes por AVC no país, assim passou a ser a principal causa de mortalidade no país. Dados em relação à prevalência do tipo de AVC, o *GBD* 2019, evidenciou uma distribuição heterogênea entre os seus subtipos, dando destaque para o AVCi que contabilizou cerca de 62,4% de todos os casos, seguido da hemorragia intracerebral com 27,9% (FEIGIN et al., 2021). Nesse sentido, a amostra do presente estudo vai ao encontro dos dados mundiais acima
mencionados, evidenciando um alto índice no AVCi (62,13%) entre os pacientes da amostra quando comparado ao hemorrágico.

Em relação ao sexo, houve uma prevalência do acometimento do sexo feminino, com 54 pacientes (52,42%), de forma semelhante ao que foi observado pelo *GBD* em 2019, no qual tanto a incidência quanto a prevalência foi maior no sexo feminino (*GBD*. 2019).

Quanto à faixa etária, a epidemiologia global revela uma diminuição na idade dos indivíduos afetados por AVC, ou seja, cerca de 62% dos casos ocorrem em pessoas com

menos de 70 anos (Feingin et al., 2022). Estudos conduzidos em Joinville já mostravam essa tendência, indicando um aumento de 62% em pessoas com menos de 45 anos e 29% com menos de 55 anos (CABRAL et al., 2017). Nesse contexto, o presente estudo está alinhado com as pesquisas anteriores, evidenciando uma redução na faixa etária para uma média de 66 anos. Tal condição pode estar associada ao aumento dos fatores de riscos, como HAS, DM e obesidade em pessoas mais jovens (Kissela et al., 2012).

Em termos demográficos raciais, os indivíduos autoidentificados como pardos representaram a maioria com 55 casos (53,39%), seguidos pelos pacientes brancos com 40 casos (38,83%), enquanto apenas 8 pacientes identificados como negros (7,76%). Esse padrão de acometimento foi observado também na PNS de 2019, com 963 (48,8%) de indivíduos pardos e 709 (35,9%) brancos e 267 (13,5%) de pretos
(PNS, 2019).

No que diz respeito aos fatores de risco, o mais prevalente dentre os pacientes, foi a HAS 82 (79,61%) pacientes. O segundo fator de risco predominante foi o diabetes mellitus, acometendo 45 (43,68%) pacientes. Esses dados estão de acordo com estudos anteriores que concluíram que a HAS e distúrbios do metabolismo da glicose são os principais fatores de risco para AVC (Guzik; Bushnell, 2017).

A prática intensa de atividade física prévio ao AVC está associado à tendência do paciente em se dedicar mais a exercícios após o evento, além de apresentar redução do comportamento sedentário (Tanaka et al., 2023). Além disso, uma pesquisa com 925 pacientes, com média de idade de 73 anos, destacou evidências significativas associando níveis leves ou moderados de atividade física pré-AVC a uma maior probabilidade de ocorrer um AVC leve, em comparação com indivíduos inativos ou com estilo de vida sedentário (Reinholdsson et al., 2018). Nesse contexto, a amostra atual evidenciou que 63,10% dos pacientes foram considerados fisicamente inativos antes do AVC, conforme a escala de Saltin-Grimby. Esse resultado é preocupante, pois tendo como base os estudos anteriores, há uma maior probabilidade de desfechos desfavoráveis após um AVC nesse grupo. Outro estudo realizado em Alagoas constatou também essa predominância de sedentarismo entre os pacientes com uma taxa de 71,6% (Rocha et al., 2022).

Quanto a ERm de admissão, tivemos muita dificuldade de encontrar os esses dados registrados nos prontuários, estando ausente na maioria dos pacientes. Dos 103 pacientes incluídos apenas 16 possuíam esse dado, assim encontramos uma mediana de 2 (0 – 4) demonstrando que a maioria dos pacientes foram admitidos com um nível de incapacidade leve, o que é conflitante com os dados encontrados no NIHSS de admissão que mostraram

um grau de incapacidade moderado a grave. Na ERm de alta apenas 32 pacientes possuíam esse dado registrado, estes em sua maioria foram avaliados com um grau de incapacidade moderadamente alto (ERm 3-6), estando de acordo com dados de estudos anteriores como o *GBD* 2019 no qual o AVC foi a segunda maior causa de DALYs nos grupos etários dos 50 aos 74 anos e dos 75 anos ou mais (*GBD*. 2019).

Observou-se que apenas 7,81% dos pacientes foram direcionados para a terapia trombolítica e que não houve realização da trombectomia mecânica. Em contrapartida, 87,5% dos entrevistados foram direcionados para a terapia conservadora e isso se dá por diversas causas. Uma meta-análise publicada em 2019 relatou que as taxas de realização de trombólise eram de 33% nos países de rendimento médio-alto em comparação com 50% nos países de rendimento elevado (MARTINS, S. C. et al, 2019). Vinculado a esse contexto, pesquisas realizadas em território brasileiro evidenciaram que o tempo de atendimento e direcionamento para a trombólise em menos de 60 minutos configura um bom indicativo de excelência do serviço. Porém, obstáculos como atrasos no atendimento pré e/ou hospitalar, tempo de realização e interpretação da tomografia e o deslocamento do paciente de localidades distantes até a unidade de referência impactam negativamente na celeridade no atendimento e direcionamento do paciente (Martins et al., 2006). Além disso, observou-se que existe uma lacuna referente à disponibilidade de dados acerca da real acessibilidade das terapias de reperfusão sanguínea no Brasil.

Durante a internação, a nossa amostra revelou que a complicação mais recorrente foi a disfagia, ocorrendo em 39,80% dos casos, seguida da necessidade de ventilação mecânica em 16,50%. Nesse contexto, verificou-se uma consonância com o que consta na literatura atual, pois o AVC é a principal causa de disfagia atingindo uma taxa de incidência em torno de 80% e sendo um fator significante associado à pneumonia por aspiração, aumentando assim a taxa mortalidade (Takizawa et al., 2016).

Os resultados da análise do nível de funcionalidade 3 meses após o AVC, revelaram que 72,22 % dos pacientes são dependentes funcionalmente.. Além disso, a análise de correlação revelou correlações significativas entre a funcionalidade após 3 meses do AVC e fatores clínicos, como a correlação positiva moderada entre a funcionalidade e o nível de mobilidade hospitalar, avaliado por meio da EMH sugerindo que os pacientes que possuíam um nível maior de mobilidade na fase intra hospitalar alcançaram melhores desfechos funcionais após 3 meses. Bem como uma forte correlação positiva entre o nível de incapacidade funcional após 3 meses e o nível de incapacidade que ele possuía no

momento da alta hospitalar, e moderada entre a pontuação do NIHSS na admissão hospitalar e após 48 horas. Isso sugere que pacientes com um déficit neurológico mais grave apresentaram maior incapacidade funcional após 3 meses.

Quanto ao comportamento sedentário após o AVC, dentro da amostra avaliada o tempo médio foi de 14,85 ± 0,75 horas. Ao relacionarmos esse dado com outro estudo que utilizou acelerômetros para medir o tempo de atividade física dos pacientes após o AVC constataram que esses pacientes apresentavam um tempo bem semelhante em comportamento sedentário de em média 13 ± 2 horas por dia. (Rand et al, 2009). Ademais, a maioria dos sobreviventes de AVC apresentam comprometimentos residuais causados pelo AVC, como hemiparesia, espasticidade, disfunção cognitiva, afasia, capacidade reduzida de realizar tarefas diárias e de autocuidados básicos, sendo uma das principais consequências dessas limitações o desenvolvimento de um estilo de vida sedentário crônico (Billinger et al., 2014). Outro estudo realizado em Alagoas obteve que mais da metade dos pacientes avaliados foram classificados como pacientes com independência funcional, possuíam um estilo de vida sedentário após o AVC (Baggio et al., 2021).

Ao comparar os valores obtidos com a EMH, a ERm e a NIHSS com o tempo de permanência em comportamento sedentário 3 meses após o AVC obtivemos um coeficiente de Spearman com uma correlação negativa fraca entre as duas variáveis e sem significância estatística para confirmar essa correlação, fato este que pode ser decorrente ao tamanho reduzido da amostra avaliada no estudo de seguimento.

No presente estudo observamos que ainda há uma dificuldade de acesso as terapias de reabilitação, especialmente a fisioterapia , para usuários do sistema de saúde pública em Arapiraca e nos municípios cobertos pela cidade, alguns pacientes permaneciam esperando uma vaga para iniciarem as sessões de fisioterapia 3 meses após o AVC. Essa situação não ocorre somente na região avaliada, segundo uma revisão sistemática publicada em 2022 os países de baixa e média renda enfrentam diversas barreiras nessa área, como restrições no transporte, longos tempos de espera, informações limitadas, falta de encaminhamento durante/após a alta, falta de apoio comunitário ou social, comunicação ineficaz com os profissionais de saúde, planejamento de alta inadequado e falta de conhecimento e conscientização sobre os benefícios da reabilitação ambulatorial (CACHO et al., 2022).

Neste estudo houve limitações que merecem destaque ao interpretar os resultados. A carência de dados em prontuários impactou a integralidade das informações. Nesse sentido, a ausência de determinados registros limitou a profundidade das análises. Além

disso, observou-se também uma dificuldade em contatar boa parte dos pacientes após 3 meses por via telefônica, o que limitou com precisão a investigação da evolução dos pacientes ao longo da pesquisa.

8 CONCLUSÃO

A prevalência do comportamento sedentário na fase sub-aguda do AVC é significativamente alta entre os pacientes da amostra, os quais passam em média 14,85 ± 0,75 horas em atividade de baixo gasto energético. Há também um predomínio do estilo de vida sedentário prévio ao AVC evidenciado pelos resultados da Escala de atividade física de Saltin-Grimby. Quanto ao nível de funcionalidade após 3 meses do AVC, mais da metade dos pacientes apresentavam um nível alto de dependência funcional, com uma correlação positiva moderada entre essa dependencia e o nível
de mobilidade hospitalar, avaliado por meio da EMH, que os pacientes que possuíam um nível menor de mobilidade na fase intra hospitalar alcançaram piores desfechos funcionais após 3 meses, além disso, encontramos maiores níveis de incapacidade funcional nos pacientes que obtiveram pontuações mais altas na ERm de admissão hospitalar, de 48 horas após a internação e na de alta hospitalar. Adicionalmente, ao correlacionar o nível de comportamento sedentário com a gravidade da doença medido por meio da NIHSS encontramos uma correlação negativa fraca entre as duas variáveis e sem significância estatística para confirmar essa correlação, fato este que pode ser decorrente ao tamanho reduzido da amostra avaliada no estudo de seguimento. Ademais ao correlacionar o nível de comportamento sedentário com o grau de mobilidade intra-hospitalar também foi encontrada uma correlação negativa fraca entre as duas variáveis e sem significância estatística para confirmá-la, pode ter também ter sido resultado da amostra reduzida de pacientes. Sendo assim, há uma necessidade de intervenções direcionadas para reduzir o tempo em comportamento sedentário destes pacientes, bem como ações para mitigar o estilo de vida sedentário como prevenção do AVC, bem como o desenvolvimento de estudos com maiores populações para melhor entender a correlação entre o comportamento sedentário e a gravidade do AVC.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, C. et al. **Guidelines for acute ischemic stroke treatment -Part I Diretrizes para tratamento do acidente vascular isquêmico -Parte I**. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://iweb04.itarget.com.br/itarget.com.br/newclients/sbavc/wp-content/uploads/2021/06/Diretriz_SBDCV_AVCI_parte1.pdf.

AVERT TRIAL COLLABORATION GROUP. **Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT**): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 386, n. 9988, p. 46–55, jul. 2015.

BAGGIO, J. A. DE O. et al. **Functional outcomes among stroke patients in Alagoas, Brazil: observational study.** Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista De Medicina, v. 139, n. 2, p. 156–162, 1 mar. 2021.

BAGGIO, J.A.O.et al.**Validation of a structured interview for telephone assessment of themodified rankin scale in Brazilian stroke patients**.Cerebrovascular Diseasesv. 38, n. 4 ,2014.

BERNHARDT, Julieet al.**Stroke rehabilitation in low-income and middle-incomecountries: a call to action.Lancet** (London, England)v. 396, n. 10260, p. 1452–1462 , 31out. 2020.

BILLINGER, S. A. et al. **Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors.** Stroke, v. 45, n. 8, p. 2532–2553, ago. 2014.

BOEHME, A. K.; ESENWA, C.; ELKIND, M. S. V. S**troke Risk Factors, Genetics, and Prevention.** Circulation research, v. 120, n. 3, p. 472–495, 3 fev. 2017.

BROTT, T; REED, R L. **Intensive care for acute stroke in thecommunity hospital setting.The first 24 hours**.Stroke; a journal of cerebral circulationv. 20, n. 5, p. 694– 7 , maio1989. Disponível em:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2718211.

BULL, F. C. et al. World health organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine, v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 25 nov. 2020.

CABRAL, N. L. et al**. Increase of Stroke Incidence in Young Adults in a Middle- Income Country.** Stroke, v. 48, n. 11, p. 2925–2930, nov. 2017.

CACHO, R. DE O. et al. **Access to rehabilitation after stroke in Brazil (AReA study): multicenter study protocol.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 80, n. 10, p. 1067–1074, 19 dez. 2022.

CASTRO-COSTA, **Ericoet al.Dimensions underlying the mini-mental state examination ina sample with low-education levels: the Bambuí health and aging study. The Americanjournal of geriatric psychiatry**: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatryv. 17, n. 10, p. 863–72, out. 2009. Disponível em:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910875.

CHIMATIRO, G. L.; RHODA, A. J. **Scoping review of acute stroke care management and rehabilitation in low and middle-income countries**. BMC Health Services Research, v. 19, n. 1, 4 nov. 2019.

CICLOS DE VIDA, B. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. [S.l.: s.n.], 2021. 1 v. Disponível em:https://www.pns. icict.fiocruz.br/wp- content/uploads/2021/12/liv101846. pdf. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

CINCURA, Carolinaet al.**Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale,Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing.** Cerebrovascular Diseasesv. 27, n. 2, p. 119–122 , 2009.Disponível em:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039215.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Informações sobre Mortalidade - Brasil, 2010**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

DE SANTANA, N. M. et al. **The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings.** BMC Research Notes, v. 11, n. 1, 16 out. 2018.

DEMAERSCHALK, B. M. et al. **Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke.** Stroke, v. 47, n. 2, p. 581–641, fev. 2016.

FEIGIN, V. L. et al. World Stroke Organization (WSO): **Global Stroke Fact Sheet 2022**. International Journal of Stroke, v. 17, n. 1, p. 18–29, 5 jan. 2022.

GBD 2019 Colaboradores do AVC. **Carga global, regional e nacional de acidente vascular cerebral e seus fatores de risco, 1990-2019: uma análise sistemática para o Estudo Global de Carga de Doenças 2019.** Lancet Neurologia, v. 20, n. 10, p. 795-820, 2021

GORDON, N. F. et al. **Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors**. Circulation, v. 109, n. 16, p. 2031–2041, 27 abr. 2004.

GORELICK, P. B. **The global burden of stroke: persistent and disabling**. The Lancet Neurology, v. 18, n. 5, p. 417–418, maio 2019.

GUZIK, A.; BUSHNELL, C. **Stroke Epidemiology and Risk Factor Management**. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, v. 23, n. 1, p. 15–39, fev. 2017.

HEMPHILL, J. C. et al. **Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage.** Stroke, v. 46, n. 7, p. 2032–2060, 28 maio 2015.

HOWARD, VJ et al. **Disparidades na incidência de AVC contribuindo para disparidades na mortalidade por AVC.** Anais de Neurologia, v. 69, n. 4, pág. 619– 627, 17 de março. 2011.

ITAQUY, R. B. et al. **Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico**. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 23, n. 4, p. 385–389, dez. 2011.

JADHAV, A. P.; DESAI, S. M.; JOVIN, T. G. **Indications for Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke.** Neurology, v. 97, n. 20 Supplement 2, p. S126–S136, 16 nov. 2021.

KISSELA, B. M. et al. Age at stroke: **Temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population.** Neurology, v. 79, n. 17, p. 1781–1787, 10 out. 2012.

KODAMA, S. **Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women.** JAMA, v. 301, n. 19, p. 2024, 20 maio 2009.

MARTINS, S. C. et al. **Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries.** The Lancet Neurology, v. 18, n. 7, p. 674–683, 1 jul. 2019.

O'DONNELL, M. J. et al. **Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case- control study.** Lancet (London, England), v. 388, n. 10046, p. 761–75, 2016.

O'DONNELL, Martin J.et al. **Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagicstroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study.** Lancet (London,England)v. 376, n. 9735, p.112–123 , 2010.

POTLA, N.; GANTI, L. **Tenecteplase vs. alteplase for acute ischemic stroke: a systematic review.** International Journal of Emergency Medicine, v. 15, n. 1, 4 jan. 2022.

REXRODE, K. M. et al. **The Impact of Sex and Gender on Stroke.** Circulation Research, v. 130, n. 4, p. 512–528, 18 fev. 2022.

ROCHA, L. J. DE A. et al. **Stroke in the state of Alagoas, Brazil: a descriptive analysis of a northeastern scenario.** Arquivos De Neuro-Psiquiatria, v. 80, n. 6, p. 550–556, 1 jun. 2022.

RODRIGUES, Elizangela Sofia Ribeiroet al. Fatores de risco cardiovascularem pacientes com acidente vascular cerebral Amazônia: Science& Health. **Revista Amazônia** v. 1, n. 2, 2013.

SACCO, R. L. et al. **An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke, v. 44, n. 7, p. 2064–89, 2013.

SAUNDERS, D. H. et al**. Interventions for reducing sedentary behaviour in people with stroke**. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2021, n. 6, 29 jun. 2021.

SEDENTARY BEHAVIOUR RESEARCH NETWORK. L**etter to the Editor: Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours".** Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, v. 37, n. 3, p. 540–542, jun. 2012.

SILVA FILHO, R. C. DOS S. et al. **Comportamento sedentário em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 25, p. 1–13, 29 out. 2020.

TREMBLAY, M. S. et al. **Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome**. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v. 14, n. 1, 10 jun. 2017.

WANG, Z. et al. **Sedentary behavior and the risk of stroke: A systematic review and dose-response meta-analysis.** Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, v. 32, n. 12, p. 2705–2713, dez. 2022.

WINSTEIN, C. J. et al. **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke, v. 47, n. 6, p. e98–e169, 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES COM AVC AGUDO**, dos pesquisadores Leticia Januzi de Almeida Rocha e Jussara Almeida de Oliveira Baggio. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. Que o estudo se destina a verificar o nível de atividade física das pessoas acometidas peloAVC na fase aguda e compreender seu comportamento sedentário em relação à gravidade da doença.

2. Que a importância deste estudo é a de verificar o nível do comportamento sedentário para identificar quantas horas as pessoas que tiveram AVC ficam deitadas ou sentadas na fase de internação hospitalar e identificar os fatores que levam as pessoas a esse comportamento.

3. Que os resultados que se desejam alcançar são identificar quais fatores contribuem paraessaconduta sedentária e determinar o melhor protocolo para reduzir esse comportamento na faseaguda do AVC.

4. Que a coleta de dados começará em julho de 2022 e terminará em abril de 2023.
5. Que o estudo será feito da seguinte maneira: o pesquisador irá esclarecer o participante quanto a importância do estudo, após o aceite, o pesquisador irá coletar informações sobre a idade, escolaridade, tipo do AVC, tratamentos realizados e possíveis complicações durante a internação hospitalar e irá aplicar alguns questionários que irão avaliar a gravidade do AVC, a nível de dependência para realizar as atividades do dia-a-dia e o nível de atividade física. Todas as escalas são de rotina da avaliação fisioterapêutica do hospital.
6. Depois disso, o pesquisador irá colocar no braço do participante um aparelho que mede o quanto ele se movimenta. O aparelho parece um relógio de pulso e será colocado no braço menos afetado. Três meses depois do AVC o participante irá receber uma ligação telefônica e irá responder perguntas sobre a sua evolução durante esse período.
7. A sua participação será nas seguintes etapas: o voluntário irá participar respondendoquestionário de dados pessoais, as escalas de gravidade do AVC e de funcionalidade e usará um aparelho que mede o quanto ele se movimenta. Três meses depois do AVC, o participanteirá receber uma ligação telefônica para avaliar a sua melhora nesse período. Que os incômodos e possíveis riscos à minha saúde física e/ou mental são mínimos. Trata- se de um estudo de seguimento, sem intervenção experimental. Caso alguma pergunta seja constrangedora, o voluntário pode não responder e isso não irá prejudicá- lo. Há o potencial risco de exposição de dados coletados, no entanto nossa equipe de pesquisa é treinada e monitorada para as boas

práticas de pesquisa clínica, prezando pelasegurança dos nossos participantes de pesquisa, realizando registros sem identificação nominal, sempre quepossível, a proteção dos arquivos de coleta com senha e zelando pela não divulgação de dadosclínicos para o ambiente externo à equipe de pesquisa. Existe um risco mínimo com relação ao desconforto na utilização do aparelho, que se assemelha a um relógio de pulso leve. No entanto, caso haja desconforto, o participante poderá solicitar a fácil remoção do mesmo semprejuízo ao seu tratamento.

8. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação no projeto serão: os participantes terão acesso a um relatório pessoal com dados adicionais sobre seu nível de atividade durante o período de internação hospitalar, o que irá auxiliar no planejamento de reabilitação pós-hospitalar. Além disso, com a aplicação no 3 mês o participante terá parâmetros de evolução da sua recuperação. O relatório será enviado por e-mail solicitado ao participante. O benefício indireto é o desenvolvimento de um protocolo de mobilização precoce, o que irá contribuir para o ganho funcional e recuperação pós-AVC.
9. Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, a qual possui riscos mínimos, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada com o auxílio dos participantes da pesquisa.
10. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Profa. DraJussara Almeida de Oliveira Baggio, telefone: (82) 3482-1843.
11. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serãofornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. Os dados que você fornecerá serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressosou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável poressa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.
14. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
15. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Eu
..... tend
o compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.
Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214-

1041. O CEP trata- se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12, CNS 510/16 e complementares).

Endereço d(os,as) responsáve(l,is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas, campus Arapiraca
Endereço: Avenida Manoel Severino Barbosa, s/n
Complemento:
Bairro: Bom sucesso
Cidade/CEP:
Arapiraca/ 57039-005
Telefone: (82)
3482-1843
Ponto de referência:

Contato de urgência:

Sr(a). Jussara Almeida de Oliveira Baggio

Endereço: Avenida Manoel Severino Barbosa, s/n

Complemento: Laboratório de Anatomia Humana, UFAL, campus Arapiraca

Cidade/CEP: Arapiraca/57309-005

Telefone: (82)3482-1843

Ponto de referência:

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao**:**

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Arapiraca, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópicad(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo(Rubricar as demais páginas)

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

1. Dados Pessoais

Nome:_____Data de admissão UAVC: _____

Registro:_____Idade:_____

Data do AVC:_____Procedência:_____

_____Sexo:_____ Telefone:_____Raça:

_____Estado Civil:_____

Profissão:_____Anos de estudo:_____

Horário do sintoma ou última hora visto sem sintomas:

Horário de admissão:

Rankin prévio:

Rankin alta:

NIHSS de entrada:

NIHSS 48h:

NIHSS alta:

Antes do AVC, o paciente andava:

De forma independente com ou sem auxílio de dispositivo de marcha ( )com assistência ( )Incapaz ( )

Antecedentes Pessoais: Tabagismo ( )Alcoolismo ( ) HAS ( )

Diabetes ( ) Cardiopatia isquêmica ( ) Fibrilação atrial/arritmias (

) Dislipedemia( ) Depressão ( ) AVC ou AIT prévio (

) Alteração cognitiva ( ) Osteoartrite ( ) Outra doença neurológica (

) Insuficiência renal ( ) Insuficiência cardíaca ( ) ( ) COVID-19

Outros_____

Tipo do AVC:

( ) Isquêmico ( ) Hemorrágico ( ) AIT ( ) HSA ( ) TVC ( ) Indeterminado

Localização do AVC – Tomografia de entrada

( ) Cortical: cápsula interna/artéria cerebral média/

Lobo frontal ( ) Subcortical: Tálamo/Núcleos da base

( ) Tronco encefálic

( ) Cerebelo

( ) Semalterações evidentes na TC

Localização do AVC – Tomografia de controle

( ) Cortical: cápsula interna/artéria cerebral média/

Lobo frontal ( ) Subcortical:Tálamo/Núcleos da base

( ) Tronco

encefálico ( )

Cerebelo

Qual o tipo de tratamento de fase aguda?

( ) Trombólise

( ) Trombectomia

( ) Tratamento conservador

( ) Craniectomia descompressiva

( )Trombólise – tempo porta - agulha (minutos)

Tipos de terapia de reabilitação realizados pelo paciente

( )

Fonoaudiolo

gia ( )
Fisioterapia
( ) Terapia

Ocupacional ( )

Psicologia

( ) Nutricional

( ) Outro_____

Número de sessões de fisioterapia realizada por dia __

Número de sessões de terapia ocupacional por dia __

Número de sessões de fonoaudiologia por dia___

Complicações durante a internação:
( ) Disfagia ( ) Pneumonia ( ) TVP ( ) VM ( ) Queda ( ) Novo AVC ( )Convulsão
( ) outro _____

Paciente foi encaminhado para a reabilitação? ( ) Sim ( ) Não
Qual local? _____

Paciente foi encaminhado para acompanhamento médico? ( ) Sim ( ) Não

Desfecho: ( ) Óbito ( ) Alta hospitalar ( )Transferido para outro hospital

ANEXO B - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE – NIHSS

N I H
STROKE
SCALE

Identificação do Paciente
Nome: _____
Registro: _____
Exame inicial: Data _____/_____/_____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um **3** é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	**0 =** Alerta; reponde com entusiasmo. **1 =** Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. **2 =** Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). **3 =** Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber **2**. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um **1**. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	**0 =** Responde ambas as questões corretamente. **1 =** Responde uma questão corretamente. **2 =** Não responde nenhuma questão corretamente.	_____ _____ _____	_____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado credito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	**0 =** Realiza ambas as tarefas corretamente. **1 =** Realiza uma tarefa corretamente. **2 =** Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	_____ _____ _____	_____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será **1**. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque **1**. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	**0 =** Normal. **1 =** Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. **2** = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque **1** somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque **3**. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão **11.**	**0 =** Sem perda visual. **1 =** Hemianopsia parcial. **2 =** Hemianopsia completa. **3 =** Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	**0 =** Movimentos normais simétricos. **1 =** Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). **2 =** Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). **3 =** Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável **(NT)**, e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	**0 =** Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. **1 =** Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. **2 =** Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. **3 =** Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. **4 =** Nenhum movimento. **NT =** Amputação ou fusão articular, explique:_____ **5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito**	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável **(NT)**, e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	**0 =** Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. **1 =** Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. **2 =** Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. **3 =** Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. **4 =** Nenhum movimento. **NT =** Amputação ou fusão articular, explique:_____ **6a. Perna esquerda 6b. Perna direita**	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
7. Ataxia de membros Este item é avalia se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índex-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional á fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (**NT**), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	**0 =** Ausente. **1 =** Presente em 1 membro. **2 =** Presente em dois membros. **NT =** Amputação ou fusão articular, explique:_____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de **2**, "grave ou total" deve ser dados somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em esturpor e afásicos irão receber provavelmente **1** ou **0**. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe **2**. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque **2**. Pacientes em coma (item **1a=3**) recebem arbitrariamente **2** neste item.	**0 =** Normal; nenhuma perda. **1 =** Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. **2 =** Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que estás sendo tocado.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item **1A=3**) receberá automaticamente **3** neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação **3** deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.	**0 =** Sem afasia; normal. **1 =** Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identi-ficar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. **2 =** Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. **3 =** Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

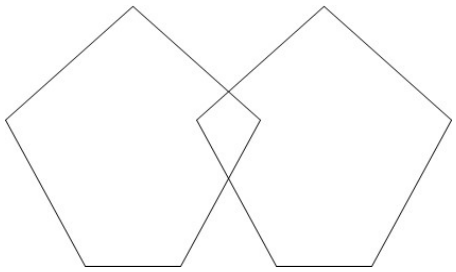
Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (**NT**). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	**0 =** Normal. **1 =** Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. **2 =** Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. **NT =** Intubado ou outra barreira física; explique_____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	**0 =** Nenhuma anormalidade. **1 =** Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. **2 =** Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

ANEXO C – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada[1]

Grau	Descrição	
0	**Sem sintomas**	
1	**Nenhuma deficiência significativa, a despeito sintomas**	Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	**Leve deficiência**	Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	**Deficiência moderada**	Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	**Deficiência moderadamente grave**	Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	**Deficiência grave**	Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	**Óbito**	

ANEXO D – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Questões	Pontos
1. Qual é: Ano? Estação (Metade do ano)? Data? Dia? Mês?	5
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar?	5
3. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número, etc. Interrompa após 5 respostas.**100-7= 93-7= 86-7= 79-7=72-7=65**	5
Alternativa: Soletre "MUNDO"de trás para frente.	
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos na questão 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2
7. Peça ao paciente que repita "nem aqui, nem ali, nem lá".	1
8 Peça ao paciente que obedeça sua instrução: "Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão".	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: "Feche os olhos".	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1
Escore total (máximo de 30)	

ANEXO E - ESCALA DE MOBILIDADE HOSPITALAR

ESCALA DE MOBILIDADE HOSPITALAR (EMH)

Tarefas	Escore
Sedestação no leito com membros inferiores pendentes	
Consegue realizar a transferência e permanecer sentado de forma independente	0
Necessita de auxílio de uma pessoa para permanecer sentado e/ou durante as transferências	2
Necessita de auxílio de duas pessoas para permanecer sentado e/ ou durante as transferências	4
Não consegue realizar a tarefa	6
Ortostase	
Consegue permanecer em ortostase encostado no leito sem auxílio	0
Necessita de auxílio de uma pessoa para permanecer em ortostase encostado no leito e/ou durante as transferências	1
Necessita de auxílio de duas pessoas para permanecer em ortostase encostado no leito e/ou durante as transferências	2
Não consegue realizar a tarefa	3
Marcha	
Marcha independente	0
Marcha com auxílio ou supervisão de uma pessoa	1
Marcha com auxílio de duas pessoas	2
Não consegue realizar a tarefa	3

ANEXO F - ESCALA DE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE SALTIN-GRIMBY

(*Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale*-SGPALS): avaliar pré-AVC

Nível de atividade física pré AVC. Marque somente uma alternativa

Com qual frequência você se exercita durante seu tempo livre?

Caso sua atividade varia muito entre, por exemplo, inverno e verão, tente fazer uma média. Apergunta refere-se ao ano passado.

1 **Fisicamente inativo** ☐

Quase completamente inativo, pratica atividades com mínimo esforço físico como leitura, assistir à televisão, utilizando computadores ou realizando quaisquer outras atividades sedentárias durante o tempo livre

2 **Pouca atividade física** ☐

Fisicamente ativo por pelo menos 4 horas por semana como andar de bicicleta para o trabalho,caminhar com a família, jardinagem, etc.

3 **Prática de atividade física e treinamento regular** ☐

Passa tempo executando atividades pesadas de jardinagem, corrida, natação, tênis, calistenia ou outras atividades similares por pelo menos 2 a 3 horas semanais

4 **Treinamento físico regular e pesado a nível esportivo** ☐

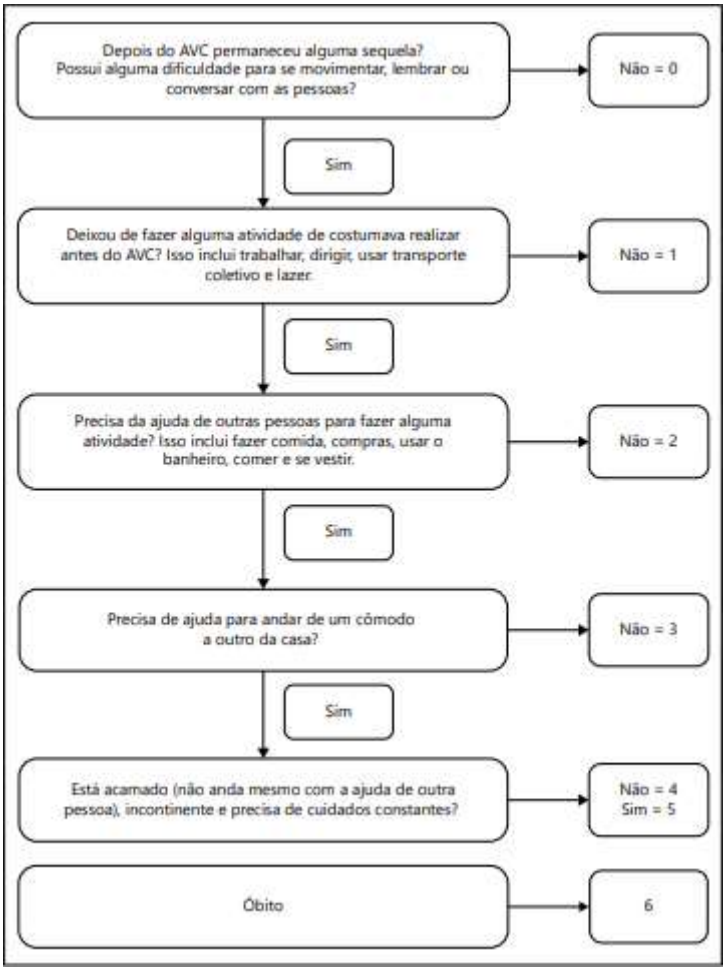
Passa tempo correndo, fazendo trilhas, nadando, jogando futebol, voleibol, etc.; muitas vezessemanalmente

ANEXO G – DIÁRIO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Estudo de segmento

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada[1]

Grau	Descrição	
0	Sem sintomas	
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito sintomas	Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência	Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada	Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave	Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave	Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito	



ROTINA DIÁRIA

Manhã (07h às 12h) ( ) Não desejo responder
07h:
08h:
09h:
10h:
11h:
12h:
Tarde (13h às 18h) ( ) Não desejo responder
13h:
14h:
15h:
16h:
17h:
18h:
Noite (19h às 22h) ( ) Não desejo responder
19h:
20h:
21h:
22h:

1. **Local onde paciente reside após alta hospitalar**

( ) Casa do paciente

( ) Casa de repouso
( ) Casa de algum membro da família
( ) Outro_____

2. Paciente realiza algum tipo de terapia de reabilitação?
( ) Sim ( ) Não

3. Tipos de terapia de reabilitação realizados pelo paciente
( )
Fonoaudiologia
( ) Fisioterapia
( ) Terapia
Ocupacional ( )
Psicologia
( ) Nutricional
( ) Outro_____

4. Frequência da terapia de reabilitação na semana _____

5. Duração da terapia de reabilitação em minutos_____

6. Local de realização da terapia de reabilitação

( ) Domiciliar
( ) Clínica
particular/convênio ( )
Prefeitura
( ) Centro de Reabilitação

7. Utiliza dispositivos auxiliares? ( ) Sim ( )
Não Se sim, escolha quais utiliza
( )
Bengala
( )
Andador
( ) Cadeira de rodas manual
( ) Cadeira de rodas motorizada
( ) Outro_____

ANEXO H – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES COM AVC AGUDO

Pesquisador: Jussara Almeida de Oliveira Baggio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58275622.5.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.421.582

Apresentação do Projeto:

O Acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica resultante da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, sendo uma das principais causas de internações e incapacidades parcial ou total no Brasil. Entre os fatores de risco existem os não modificáveis e modificáveis. Entre os modificáveis, o sedentarismo se destaca pela sua prevalência nesta população. Associado a isso, estudos prévios mostraram que pessoas com AVC passam mais de 10 horas por dia sentados e que incentivar a redução do comportamento sedentário, desde a fase aguda é fundamental para o ganho funcional. Portanto, esse estudo tem por objetivo verificar a prevalência do nível de atividade física e o comportamento sedentário de pacientes com AVC agudo atendidos na Unidade de AVC do Hospital de Emergência do Agreste. Para tal fim serão incluídos participantes com diagnóstico de AVC isquêmico ou hemorrágico. Todos serão avaliados por um questionário de dados pessoais e pelas escalas: National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS, Escala de Rankin modificada, questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ), Medida de Independência Funcional (MIF) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Também usarão um actímetro no membro superior contralateral à lesão cerebral que medirá a quantidade de movimento/repouso ao longo do tempo e exposição à luz (intensidade e horário). Dessa forma, deseja-se entender o comportamento sedentário dessa população e desenvolver estratégias para redução desse hábito, assim como no desenvolvendo de protocolos de mobilização precoce.