

DOR, DESEMPENHO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA APÓS O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

Gabriele Tainá da Silva *
Fernanda de Oliveira Yamane **

RESUMO

INTRODUÇÃO: As consequências do Acidente Vascular Encefálico (AVE), na maioria das situações, apresentam um perfil crônico, complexo e heterogêneo. Sabe-se que a maioria dos indivíduos que sobreviveram ao AVE experimentam algum tipo de dor durante sua recuperação que podem ocasionar dependência do indivíduo para realizar as atividades de vida diária, o seu papel familiar, a participação social e laboral e, conseqüentemente pior percepção da qualidade de vida (QV). **OBJETIVO:** Analisar a correlação entre dor, desempenho funcional e QV em indivíduos que sofreram um AVE. **MÉTODO:** Participaram deste estudo 50 indivíduos com diagnóstico médico de AVE foram avaliados através da Escala Visual Numérica (EVN); Questionário de Dor McGill; Questionário SF-36 e Índice de Barthel. Aspectos clínicos relacionados à idade, tempo da doença, tipo de lesão, lado do corpo comprometido e fatores de riscos também foram coletados. **RESULTADOS:** As queixas álgicas foram mais frequente no gênero masculino e no AVE do tipo isquêmico. A maioria dos indivíduos que relataram dor apresentavam grau dependência moderada segundo o IB. A intensidade da dor foi classificada como intermediária e correlacionou significativamente com o gênero e item alimentação do IB. A articulação do ombro foi referida como o local da dor mais frequente. As variáveis relacionadas à dor correlacionaram de forma significativa com as dimensões: Aspectos Emocionais; Aspectos Físicos; Dor da SF36. **CONCLUSÃO:** Concluimos que é fundamental compreender as características da dor pós-AVE e ampliar o campo de saberes acerca da avaliação apropriada deste sintoma e da importância da analgesia na QV desses indivíduos.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico. Dor. Qualidade de vida.

*Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas UNIS-MG, e-mail: gabi_tneves@outlook.com

** Professora Mestre no Centro Universitário do Sul de Minas (Orientadora) – UNIS/MG, Campus Varginha, e-mail: fernanda.yamane@unis.edu.br

1. INTRODUÇÃO

As consequências do Acidente Vascular Encefálico (AVE), na maioria das situações, apresentam um perfil crônico, complexo e heterogêneo, podendo ocasionar déficits em vários domínios do desempenho motor (MIERLO et al., 2017). Deste modo, pós-AVE, os comprometimentos motores, sensitivos (BELARDINELLI et al., 2017), cognitivos e emocionais (KARAKUS et al., 2017) podem ocasionar dependência do indivíduo para realizar as atividades de vida diária (AVD), o seu papel familiar, a participação social e laboral e, conseqüentemente pior percepção da qualidade de vida – QV– (LEKANDER et al., 2017).

Considerando o AVE um problema de saúde pública (COSTA et a., 2016), responsável por incapacidades neurológicas e importantes disfunções motoras (LOPEZ-LIRIA et al., 2016), torna esta patologia alvo de diversas pesquisas especialmente na área da reabilitação (YETISGIN, 2017).

Assim, apenas 25% dos indivíduos que sofreram um AVE conseguem retornar as suas atividades sociais e laborais e, conseqüentemente a percepção de melhor QV tende a ser maior naqueles indivíduos que recuperam suas funções com êxito e esse status pode ser revertido através da reabilitação funcional (DOBKIN, 2007).

Sabe-se que a hemiplegia é o sinal clássico do AVE (O'MARA et al., 2017) e pode vir acompanhada por queixas algicas (IDOWU et al., 2017). Neste contexto, a maioria dos indivíduos que sobreviveram ao AVE experimentam algum tipo de dor no decorrer de sua recuperação (JONSSON et al., 2006; KALITA et al., 2016).

Mensurações do status funcional do indivíduo com sequela decorrente ao AVE, normalmente enfatizam a independência nas AVD (NORDIN et al., 2016), dando pouca importância as queixas algicas, dados importantes para reabilitação (ANDERSEN et al., 2017).

Por outro lado, a maioria dos estudos enfatiza a dor no ombro pós-AVE (CHOO LUN; KUY S; BISSET, 2016; LEE et al., 2017) dando pouca importância a qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo (HUSKISSON, 1974; PIMENTA, 1994).

A importância de compreender e tratar a dor pós-AVE, parte do princípio de que as queixas álgicas nesta população são caracterizadas por ter um caráter crônico, podendo resultar em fadiga, depressão (NAESS et al., 2012), limitação funcional (NICKEL et al., 2017) e declínio da QV (NAESS et al., 2010; KHALID et al., 2017).

A dor pós-AVE pode ser de origem neuropática ou nociceptiva (SCHESTATSKY, 2008; WIDAR et al., 2002), sendo que as alterações músculos esqueléticas como fraqueza muscular, alterações no tônus e da postura são os grandes responsáveis pelos sintomas dolorosos, pois podem comprometer a biomecânica do movimento sobrecarregando determinadas articulações e ocasionado dor (HANSSON, 2004; HUANG et al., 2017).

Contudo, as queixas álgicas nesta população ainda são mal definidas e, conseqüentemente o seu tratamento insuficiente (DE VOS ANDERSEN et al., 2017). No entanto, há necessidade de se conhecer melhor a dor, a funcionalidade e o impacto destes sobre a QV nos indivíduos vítimas de um AVE (BUGGE; HAGEN; ALEXANDER, 2001).

Por ser uma experiência subjetiva a dor é um fenômeno multidimensional, e, caracterizá-la é uma tarefa desafiadora, quer pela complexidade do fenômeno álgico ou a falta de um instrumento de medida, que mensure de forma fidedigna o que o outro está sentindo (ZANGRANDO et al., 2014).

Embora a mensuração da dor tenha um componente subjetivo, instrumentos de medidas são utilizados a fim de minimizar o caráter subjetivo da dor e uniformizar o acompanhamento dos indivíduos com queixas álgicas (MAJEDI et al., 2017).

Atualmente, instrumentos válidos e confiáveis são usados na prática da reabilitação e em pesquisa para diagnósticos, prognósticos e resposta a tratamentos (CANEDA et al., 2006).

Deste modo, os instrumentos que mensuram a dor podem ser classificados em duas categorias, os chamados unidimensionais avaliam apenas uma característica da dor, em geral a intensidade e, como exemplo desses instrumentos, têm-se a escala visual numérica – EVN – (CIENA et al., 2008). Por outro lado, os multidimensionais não se delimitam apenas a aspectos sensoriais, mas avaliam também a repercussão afetiva da dor, nesta classificação inclui o Questionário de Dor McGill (WANG et al., 2017). Esse questionário contém uma quantidade de palavras (descritores) descrevem aspectos qualitativos e quantitativos da dor,

levando em consideração três dimensões da dor: sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa (MELZACK, 1987).

A complexidade e a subjetividade da dor torna a mensuração deste sintoma um processo difícil para os profissionais voltados para a reabilitação interessados na caracterização deste sintoma e na elaboração de um diagnóstico e plano de tratamento eficiente (RASMUSSEN et al., 2015).

De fato, a dor pós-AVE repercute no desempenho funcional, que por sua vez compromete a QV (ANDERSEN et al., 2017). Por outro lado, é importante compreender quais os domínios do desempenho funcional e da QV são mais afetados pelas queixas algicas, dados escassos na literatura pois, para reabilitação são dados extremamente importantes capazes de direcionar o tratamento requisitado para esta população. Neste aspecto, este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre dor, desempenho funcional e QV por meio de instrumentos válidos e confiáveis para avaliação de indivíduos que sofreram um AVE.

2. PARTICIPANTES E MÉTODO

Participantes

Foram selecionados 50 indivíduos com diagnóstico médico de AVE em seguimento no Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação – Hospital Regional do Sul de Minas e no Centro Municipal de Fisioterapia, no município de Varginha/MG. Os critérios de inclusão foram possuírem o diagnóstico médico de AVE e participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos do estudo aqueles que tinham qualquer outra doença neurológica associada, afasia e déficits cognitivos. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas – FEPESMIG e aprovado conforme o Parecer no 1.808.572 e CAAE 61585316.5.0000.5111. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

O **Questionário de Dor McGill**, na integra, é formado por quatro partes. No estudo presente, foi utilizada a primeira parte, que abrange um diagrama corporal para representação do local da dor. A segunda parte, que é composta por 78 descritores organizados em quatro dimensões e 20 grupos. As dimensões são: sensorial-discriminativa (1 – 10); afetivo-motivacional (11 – 15); cognitivo-avaliativa (16) e miscelânea (17 – 20). Os descritores são

palavras que o avaliado escolhe para expressar a sua dor. Dentro de cada grupo possui dois ou no máximo seis descritores dispostos em uma ordem crescente de intensidade. Nesta parte, é possível calcular o número de descritores e o índice de dor. O número de descritores corresponde ao número de palavras escolhidas pelo indivíduo para caracterizar a sua dor, a pontuação máxima é 20 pontos, pois o indivíduo pode escolher, no máximo, uma palavra por grupo, além disso, pode recusar a escolher um descritor, quando julgar que o mesmo não descreve a sua dor. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores apontados, valor máximo de 78 pontos. Foi também utilizada à terceira parte do questionário, que avalia a periodicidade e duração da dor, ou seja, caracteriza o padrão da dor em relação à frequência e duração. E questiona sobre o que promove o aumento e o alívio da dor. (MELZACK, 1987; PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

A **Escala Visual Numérica (EVN)**, mensura a intensidade da dor, o paciente será solicitado a classificar a intensidade de dor utilizando os valores de zero a dez na qual a intensidade da dor foi classificada, como segue: 0 = sem dor, 1-3 = dor suave, 4-7 = dor moderada e intensa, 8-10 = dor extrema. (SOUZA; SILVA, 2004).

O **Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey)** é um questionário multidimensional formado por 36 itens, que mensura a qualidade de vida em oito dimensões: capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde e, possui um escore total de 0 a 100, quanto maior o escore obtido, melhor a qualidade de vida. A forma de aplicação é a entrevista, auto-respondido (CICONELLI et al.,1999).

O **Índice de Barthel (IB)** avalia as AVD e mensura a independência funcional em diversos aspectos como: mobilidade, cuidado pessoal, eliminações e locomoção. Assim, determina a independência funcional em dez itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Este instrumento de medida permite que cada tarefa seja mensurada segundo o desempenho do indivíduo em realizar a atividade de forma dependente, com auxílio ou independente. A pontuação distribuída em cada tarefa depende do tempo e da assistência necessária para cada indivíduo. Assim, a pontuação total do IB varia de 0 a 100 (com intervalos de cinco pontos) quanto maior a pontuação, maior a independência para realizar as atividades avaliadas, ou seja, (100) indica independência; (91-99) dependência

suave; (61-90) dependência moderada; (21-60) dependência grave; (0-20) dependência total (MAHONEY; BARTHEL, 1965).

Procedimento

Os pacientes foram avaliados no mesmo dia da sua sessão de fisioterapia. O tempo médio de aplicação das escalas foi de 25 minutos. Dados como gênero, idade, idade de início da doença, tempo de doença, tipo de lesão, lado do corpo comprometido e fatores de riscos também foram coletados. Quando o indivíduo não se queixava de dor, o questionário de Dor McGill não era aplicado.

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico Minitab13. A estatística foi feita por meio de análise descritiva e inferencial, esta com nível de significância $p \leq 0,05$. Após a verificação da normalidade das variáveis (teste Shapiro-Wilk), o coeficiente de correlação paramétrico de Pearson foi calculado para avaliar a correlação entre as variáveis: gênero, idade, idade do AVE, tempo de doença, local da dor, padrão da dor, tipo de lesão, EVN, IB, SF36 e McGill.

3. RESULTADOS

Dos 50 indivíduos avaliados, foi observado que 32 indivíduos (64%) relataram dor pós-AVE, desses 43,75% eram do gênero feminino e 56,25% do gênero masculino. A média de idade deste grupo foi de $58,75 \pm 10,75$. Por outro lado, 18 indivíduos não relataram dor, sendo que 38,89% eram do gênero feminino e 61,11% do gênero masculino com média de idade de $57,44 \pm 16,40$. A tabela 1 mostra as características da população estudada.

Tabela 1- Características da população estudada.

Variável	Com dor		Sem dor	
	Média (min-máx)	DP	Média (min-máx)	DP
Idade*	58,75 (34-80)	±10,75	57,44 (20-85)	±16,40
Idade do AVE*	54,50 (28-78)	±11,71	51,94 (16-82)	±15,98
Tempo de doença*	52,09 (1**-13)	±42,20	66,10 (3**-17)	±47,30
Variável	N	%	N	%
Gênero Feminino	14	43,75	7	38,89
Gênero Masculino	18	56,25	11	61,11
AVEi	19	59,63	10	55,56
AVEh	13	40,63	8	44,44
LD comprometido	11	34,38	8	44,44
LE comprometido	21	65,63	10	55,56
Hipertensão Arterial	29	23,39	11	18,33
Tabagismo	21	16,94	8	13,33
Etilismo	16	12,9	11	18,33
Colesterol	12	9,68	5	8,33
História	10	8,06	4	6,67
Diabetes Melito	9	7,26	3	5
Cardiopatía	9	7,26	4	6,67
Obesidade	4	3,23	3	5
Anticoncepcional	2	1,61	1	1,67

*Dados apresentados em anos; **Dados apresentados em meses; Min: mínimo; Máx: máximo; DP: desvio padrão; AVE: Acidente Vascular Encefálico; AVEi: Acidente Vascular Encefálico do tipo Isquêmico; AVEh: Acidente Vascular Encefálico do tipo Hemorrágico.

A maioria dos participantes relataram dor em uma ou mais partes do corpo. O lado acometido está frequentemente relacionado com local da dor na população estudada (62,5%). Por outro lado, poucos participantes (9,38%) relataram queixas algícas em ambos os lados do corpo. O padrão da dor mais frequente foi do tipo contínuo e constante (46%) – tabela 2 –.

Tabela 2- Perfil da dor da amostra.

Variável	Categoria	N	%
Local da dor	Lado Acometido	20	62,50
	Lado Não Acometido	9	28,13
	Ambos	3	9,38
Padrão da dor	Contínuo	15	46,98
	Intermitente	12	37,5
	Transitória	5	15,63
Desencadeia a dor	Movimento	26	74,29
	Esforço	6	17,14
Alívio a dor	Repouso	23	62,16
	Medicamento	6	16,22

Em relação à EVN, apresentou média de $7,29 \pm 1,90$, à intensidade da dor variou de cinco a dez. Houve correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre EVN e gênero ($r = -0,473$ $p = 0,006$) e EVN com o padrão da dor ($r = -0,417$ $p = 0,017$) A tabela 3 mostra as correlações significativas entre a EVN, o IB, o McGill e a SF36.

Tabela 3- Relações dos instrumentos que avaliam a dor com qualidade de vida, atividade de vida diária e independência funcional.

Variável	Variável	R	P
EVN	IB – Alimentação	-0,341	0,056
EVN	SF36 – EGS	-0,359	0,043
EVN	SF36 –Dor	-0,615	< 0,001*
EVN	McGill(SD/ID)	0,399	0,024
EVN	McGill (AM/ID)	0,349	0,005

EVN= escala visual numérica; IB= Índice de Barthel; EGS= Estado Geral da Saúde; SF-36 = Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey); McGill= Questionário de Dor McGill SD/ID= sensorial-discriminativa /índice de dor; AM/ID = fetivo-motivacional/índice de dor

O valor total do IB nos indivíduos que relataram dor apresentou média de 78,75 \pm 22,40 com valor mínimo de 30 pontos e máximo de 100 pontos. O item que apresentou maior média foi deambulação 13,76 \pm 2,20 seguido de transferência 12,50 \pm 3,60 e, o item banho obteve menor média 3,12 \pm 2,46 subsequente ao item higiene pessoal (4,03 \pm 2,00). Em contrapartida, o valor total do IB para aqueles que não relataram dor foi 84,44 \pm 4,90 e os itens com maior e menor média foi igual ao grupo com dor (Tabela 4).

Em relação ao IB as únicas correções significativas encontradas foram entre o item escadas e a dimensão afetivo-motivacional do McGill ($r = -0,406$ $p = 0,021$) e o item eliminação vesical e o score total da McGill e o ($r = -0,363$ $p = 0,041$).

Tabela 4- Perfil funcional e atividade de vida diária da população estudada.

Índice de Barthel	Com dor		Sem dor	
	Média	DP	Média	DP
Alimentação	7,34	\pm 2,53	8,06	\pm 2,50
Banho	3,12	\pm 2,46	3,33	\pm 2,42
Vestuário	6,57	\pm 3,47	8,33	\pm 2,98
Higiene pessoal	4,03	\pm 2,00	4,44	\pm 1,61
Eliminação Intestinal	9,53	\pm 1,96	9,18	\pm 2,58
Eliminação Vesical	7,66	\pm 3,80	7,78	\pm 3,08
Vaso Sanitário	8,12	\pm 3,76	8,61	\pm 3,34
Transferência	12,5	\pm 3,60	13,06	\pm 3,03
Deambulação	13,76	\pm 2,20	14,17	\pm 1,91
Escadas	6,1	\pm 4,36	7,5	\pm 3,53
TOTAL	78,75	\pm 22,40	84,44	\pm 4,90

DP=desvio padrão. A pontuação final do Índice de Barthel varia de 0 a 100 quanto maior a pontuação, maior a independência para realizar as atividades avaliadas, os dois grupos foram classificados com dependência moderada (61-90).

Para as dimensões da SF36, os participantes com dor, apresentaram menor pontuação nos domínios aspecto emocional (18,75 \pm 51,40) seguido do aspecto físico (21,88 \pm 34,96) e dor (35,9 \pm 0,00). O grupo sem dor exibiram menor pontuação nos domínios aspectos físicos (44,40 \pm 51,10), capacidade funcional (36,41 \pm 34,96) e aspecto emocional (18,75 \pm 0,00) – tabela 5 – Foi verificada correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre a dimensão aspecto físico da

SF36 e o local da dor ($r = 0,661$ $p = 0,000$) e o padrão da dor e com as seguintes dimensões da SF36: capacidade funcional ($r = -0,365$ $p = 0,040$); saúde mental ($r = -0,448$ $p = 0,010$) e dor ($r = -0,453$ $p = 0,009$).

Tabela 5- Dados referentes às dimensões do SF-36, aplicado nos pacientes com pós AVE.

SF36	Com dor		Sem dor	
	Média (min-máx)	DP	Média (min-máx)	DP
Capacidade Funcional	36,41 (0-85)	±28,03	44,72 (0 -95)	±34,96
Aspecto Físico	21,88 (0-100)	±42,00	44,40 (0-100)	±51,10
Dor	35,91 (0-72)	±23,73	100 (100-100)	±0,00
Estado Geral de Saúde	54,5 (0-80)	±24,73	62,08 (15-87)	±19,63
Vitalidade	68,59 (10-100)	±26,19	78,61 (20-100)	±27,38
Aspecto Social	64,45 (37,50-87,50)	±8,47	62,5 (62,50-62,50)	±0,00
Aspecto Emocional	18,75 (0-100)	±39,66	50,00 (0-100)	±51,40
Saúde Mental	57,25 (4-92)	±25,79	73,56 (16-100)	±27,10

SF36: questionário multidimensional que mensura a qualidade de vida, quanto maior o escore melhor a qualidade de vida. Min: mínimo; Máx: máximo; DP: desvio padrão.

O valor total do McGill para número de descritores foi de $19,21 \pm 0,83$ (variando de 17 a 20 pontos) e para o índice de dor foi de $44,09 \pm 9,52$ (variando de 27 a 63 pontos). A dimensão sensorial da McGill obteve a maior média tanto no número de descritores ($9,62 \pm 9,71$) como no índice da dor ($24,00 \pm 5,01$) e a dimensão avaliativa obteve menor média no número de descritores ($1,00 \pm 0,00$) e no índice da dor ($2,69 \pm 1,66$) – tabela 6 –.

Tabela 6- Avaliação da dor da população estudada.

McGill	Número de Descritores		Índice de Dor	
	Média	DP	Média	DP
Sensorial- Discriminativa	9,62	±9,71	24,00	±5,01
Afetivo- Motivacional	4,97	±0,18	6,69	±2,18
Cognitivo-Avaliativa	1,00	±0,00	2,69	±1,66
Miscelânea	3,62	±0,50	8,71	±2,87
Total	19,21	±0,83	44,09	±9,52

DP = desvio padrão.

As correlações significativas ($p \leq 0,05$) entre o número de descritores e índice da dor da McGill e as dimensão da SF36 está evidenciada na tabela 7.

Tabela 7- Correlação entre dor e QV.

Número de Descritores		Índice da Dor					
McGill	SF36	McGill		SF36			
		R	p	R	P		
Sensorial-Discriminativa	CF	0,749	0	Sensorial-Discriminativa	Dor	-0,375	0,035
Afetivo-Motivacional	AE	-0,374	0,035	Afetivo-Motivacional	SM	-0,364	0,041
Cognitivo-Avaliativa	-	-	-	Cognitivo-Avaliativa	Dor	-0,423	0,016
Miscelânea	AS	0,375	0,034	Miscelânea	AF	0,401	0,023

CF= Capacidade Funcional ; AE= Aspectos Emocionais; AS= Aspectos Sociais; SM= Saúde Mental; AF= Aspectos Físicos; r; p.

4. DISCUSSÃO

Considerando que o alívio da dor não é apenas uma questão clínica, mas também uma condição ética que envolve especialmente os profissionais que lidam diretamente com esse sintoma e voltados para reabilitação (GLOWACKI, 2017).

Assim, quando não tratada corretamente a dor pode evoluir para um estado crônico e, comprometer o desempenho funcional e a QV dos indivíduos com custos financeiros e privação social (CHOI-KWON et al., 2016).

Neste contexto, o presente estudo buscou avaliar e mensurar de forma objetiva a dor dos indivíduos que sofreram um episódio de AVE por meio de instrumentos unidimensionais e multidimensionais e correlacionar com desempenho funcional e QV.

Apesar de diversos estudos analisarem o perfil dos indivíduos que sofreram o AVE, temos resultados heterogêneos, por vezes conflitantes, mesmo dentro de populações bastante semelhantes. Assim, a média de idade que ocorreu o episódio do AVE nos indivíduos com dor ($54,50 \pm 11,71$) não foi muito discrepante daqueles que não relataram dor ($51,94 \pm 15,98$). Contudo, a média de idade que ocorreu o AVE foi abaixo dos relatos descritos na literatura (COSTA et al., 2016; DUTRA et al., 2017). Certamente, o AVE não é restrito apenas a população idosa e, que os adultos jovens são vulneráveis às doenças crônicas, resultando em

complexas incapacidades de ordem física, emocional, social e econômica (GLADER et al., 2016).

Por outro lado, idade, gênero feminino, aumento do tônus muscular, fraqueza do membro superior e déficits sensitivos são considerados fatores de riscos para o desenvolvimento de dor pós AVE (SOMMERFELD; WELMER, 2012).

No estudo presente, não foi encontrada correlação significativa entre as variáveis idade e dor corroborando com Gamble et al. (2002). Em contraste, Jönsson et al. (2006) relata que a idade é o fator de risco mais importante e determinante para queixas álgicas pós-AVE.

A maioria dos indivíduos que relataram dor eram do gênero masculino (56,25%). Por outro lado, Myers et al (2003) descreve que os homens relatam menos dor pós-AVE quando comparado com as mulheres. Além disso, foi encontrada correlação significativa entre a intensidade da dor e gênero indicando que há diferenças na percepção e na experiência da dor entre os gêneros. Apenas, dois homens relataram dor máxima segundo a EVN, ao contrário, de seis mulheres que classificaram a sua dor como máxima.

Segundo Klit et al. (2011) o AVE do tipo isquêmico é mais frequentemente relacionado com sintomas dolorosos do que o hemorrágico. Corroboramos com este estudo, AVE do tipo isquêmico foi o mais frequente (59,63%) e, os fatores de riscos como hipertensão e tabagismo foram os mais comuns em ambos os grupos concordando com outros estudos (YOUNG HAN et al., 2017; MEMIS et al., 2016). Além disso, a maioria (76%) apresentavam fatores múltiplos de riscos.

Nossos resultados apontam que a maioria dos indivíduos que relataram dor apresentavam dependência moderada segundo o IB ($78,75 \pm 22,40$), pois mesmo com tempo de AVE superior a um ano, ainda convivem com restrições na capacidade funcional corroborando com Nordin et al. (2016). Assim, foi observada correlação significativa entre a EVN e o item alimentação do IB indicando que a intensidade da dor compromete as AVD especialmente na capacidade de alimentar-se de forma independente.

Em relação a QV, foi identificado que aqueles com queixas álgicas apresentam escores menores em todas dimensões da SF36 quando comparados com os indivíduos sem dor. Esse resultado era esperado e corrobora com outros estudos (LEKANDER et al., 2017). Houve correlação significativa entre a EVN e a dimensão estado geral de saúde, revelando que a intensidade da dor resulta em pior percepção de saúde, além disso, foi analisado que a dor interfere na mudança do estado de saúde ao longo do tempo.

O estado funcional e a capacidade física são apontados como uma das dimensões determinantes da QV dos indivíduos com déficits neurológicos, por isso estudos que

correlacionam as diferentes variáveis que podem interferir na QV nesta população, são importante pois, permitem identificar e intervir quando possível. Assim, indivíduos hemiplégicos apresentam maior comprometimento na mobilidade que por sua vez repercutem nas AVD e relacionam com maior índice de sintomas dolorosos (MIN, C.; MIN, J., 2015).

Este estudo corroborou com achados na literatura (CAGLAR et al., 2016) onde revelou que os indivíduos com comprometimento do lado esquerdo apresentam mais queixas algicas quando comparados com aqueles com comprometimentos no lado direito do corpo. Além disso, foi observado correlação significativa entre a dimensão aspecto físico da SF36 e o local da dor, revelando o impacto das limitações físicas causadas pelo AVE, são influenciadas pelo local da dor.

A correlação entre o padrão da dor e a QV foi analisada visto que o padrão da dor correlacionou de forma negativa com as dimensões capacidade funcional e saúde mental da SF36. Assim, a dor contínua ocasiona pior percepção da capacidade funcional e mental. Este estudo corroborou com achados na literatura (HARRISON; FIELD, 2015; NAESS et al., 2012; NAESS et al., 2010) que relata que a dor persistente podem resultar em fadiga que prejudica a execução das AVD, depressão e declínio da QV.

A prevalência de dor crônica na população que sofreram um AVE pode variar de 32-42% após quatro a seis meses do episódio e 11-21% dos indivíduos evolui com dor após um ano do evento (NESBITT et al., 2015). Os nossos resultados revelam que quatro indivíduos que havia tempo do ultimo episódio de AVE entre um a seis meses relataram intensidade de dor classificada como intermediária a máxima segundo a EVN.

A dor no ombro é uma das complicações mais comuns após o AVE com maior frequência em indivíduos hemiplégicos a esquerda (JAN et al., 2017). Nossos resultados revelam que 18 indivíduos relataram dor no ombro, sendo, dez no ombro esquerdo (mesmo lado comprometido) e três dor no ombro direito (lado acometido) e cinco a dor não combinava com o lado acometido. Assim, em nosso estudo encontramos uma porcentagem considerável (62,50%) de indivíduos que relataram dor no lado acometido e quando somado com aqueles que apresentavam dor em ambos os lados (9,38%) esses dados tornam-se ainda mais expressivos.

Neste contexto, indivíduos com déficits sensitivos (MELO et al., 2012) e heminegligência (mais comum na hemiplegia esquerda) possui tendência aumentada de traumas no ombro ou membro superior acometido devido ao desuso, posicionamento inadequado e alterações na biomecânica da articulação do ombro (CAGLAR et al., 2016). Por

outro lado, a dor referida no lado oposto ao hemicorpo acometido pode ser justificada devido a sobrecarga (SANTOS et al, 2011).

O questionário de McGill foi utilizado como uma ferramenta que contém palavras que descreve e avalia a dor. Assim, avaliação da dor depende da descrição verbal, da experiência pessoal e, não somente da intensidade, mas também das qualidades da dor. Neste aspecto, a experiência individual e subjetiva gera dificuldades no relato da dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

O número de descritores corresponde à quantidade de palavras selecionadas pelo indivíduo a fim de caracterizar a sua dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997). No estudo presente, o escore total para o número de descritores foi alto ($19,21 \pm 0,83$) indicando que o avaliado frequentemente utilizou os descritores para descrever as características da dor que sente, uma vez que, este só pode escolher uma palavra de cada grupo e, ainda tem a opção de não escolher o descritor que não representa a sua dor. Assim, a seleção dos descritores para nomear a dor resulta da experiência prévia do indivíduo e do estresse emocional gerado pela condição de saúde, gerando assim a qualidade de sua dor (BRUCE et al., 2004).

O questionário de McGill abrange uma quantidade de palavras com a função de descrever aspectos qualitativos e quantitativos da dor, as características quantitativa é fornecida através do índice de dor, com valor máximo de 78 pontos, quando as respostas são de intensidade máxima em todos os 20 grupos (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997), neste estudo, obteve valor médio de $44,09 \pm 9,52$ com variação entre 27 a 63 pontos, concluímos que a maioria escolheu o valores intermediários para expressar a sua dor.

A dimensão sensorial- discriminativa refere-se às propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor, a dimensão afetiva reproduz aos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas e os descritores da dimensão avaliativo permitem, ao indivíduo, expressar a avaliação global da vivencia dolorosa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997). Em nosso estudo, a maioria dos indivíduos (23) selecionaram todos os descritores a dimensão sensorial-discriminativa e apenas um indivíduo não escolheu todos os descritores da dimensão afetivo-motivacional. Contudo, todos os participantes do estudo selecionou o descritor “chata” da dimensão cognitivo- avaliativa como sendo o mais adequado para expressar a sua dor.

Os descritores da dimensão sensorial-discriminativa são, frequentemente, selecionados por indivíduos acometidos por dor aguda, e os descritores da dimensão afetiva são selecionados com maior regularidade por indivíduos que sofrem de dor crônica (MELZACK, 1987) corroboramos com esses dados pois, a dimensão afetivo-motivacional do número de descritores foi selecionada com maior frequência pela população estudada assim, maioria dos

participantes do estudo sofriam de dor crônica, ou seja, convivem com este sintoma há mais de seis meses.

Por meio do índice da dor, foi analisado que a dor ocasionada por traumas e esforços repetitivos possui características sensitivas, ou seja, dos aspectos mecânicos, térmicos e espaciais, em concordância com a fisiologia dessas patologias. Por outro lado, a dor por subluxação de ombro, frequentemente observada pós-AVE, prevalece o aspecto afetivo que demonstra a tensão, medo e respostas neurovegetativas justificando o impacto que esta doença ocasiona na vida desses indivíduos (LEITE;GOMES, 2006). A dimensão afetivo-motivacional do índice da dor, com valor máximo de 14 pontos, neste estudo, os 18 indivíduos que relataram dor no ombro apresentaram média de $8,77 \pm 1,97$ e, as palavras “*cansativas*”, “*enjoada*”, “*cruel*”, “*amedrontadora*” e “*miserável*” foram as mais escolhidas por esses indivíduos indicando que ombro doloroso pós-AVE ocasiona medo, tensão e exaustão nesta população. Dessa forma, foi encontrada correlação significativa entre a dimensão afetivo- motivacional e o domínio saúde mental da SF36 ($r = -0,364$ $p = 0,041$) mensurando o impacto dos aspectos psicológicos no bem estar do indivíduo e, sugerindo a presença de ansiedade, depressão, alterações do comportamento. Por outro lado, a correlação significativa entre a dimensão afetivo- motivacional do número de descritores e o domínio aspecto emocional da SF36 ($r = 0,749$ $p = 0,000$) reforça a constatação de comprometimento emocional devido à existência de dor.

A dimensão miscelânea representa um grupo de palavras que descrevem experiências dolorosas em geral, ou seja, como algumas pessoas sentiam falta de algumas palavras houve a necessidade de criar essa dimensão (MELZACK, 1987). Assim, as palavras mais selecionadas nesta categoria foram “*irradia*”, “*adormece*”, “*fria*” e “*da náusea*”, considerando que cada grupo há uma ordem crescente de intensidades de palavras, com nuances que os tornam diferentes em magnitude e intensidade (MELZACK, 1987). Chama atenção as palavras: “*irradia*”, “*adormece*”, “*fria*” que apesar de intensidade baixa segundo o questionário de McGill representa as propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor, já o descritor que “*da náusea*” refere-se às reações vegetativas desagradáveis que a dor pode desencadear. Foi encontrada correlação significativa entre a dimensão miscelânea do número de descritores e índice da dor com aspecto social e físico da SF36 respectivamente. Corroborando com outros estudos (ANDERSEN et al., 2017) que a presença de dor restringe a participação do indivíduo em atividades sociais e limita a capacidade física.

A prevalência de dor pós-AVE (64%), neste estudo, mostrou ser maior que em estudos anteriores (JONSSON et al., 2006; LANGHORNE et al., 2000; LUNDSTROM et al., 2009).

Resultados não esperado considerando que todos os participantes do estudo encontravam-se em acompanhamento fisioterapêutico. Por outro lado, a falta de correlação significativa entre dor e desempenho funcional pode ser explicado pelo fato que a maioria apresentavam dependência moderada segundo o IB, tal dependência é justificada pela circunstancia de todos os participantes do estudo estavam inseridos em programa de reabilitação funcional.

A dor pós-AVE trata-se de um fenômeno complexo e quando somado com alta incidência, torna esta variável muito importante na área da reabilitação. Diante dessa perspectiva, este estudo buscou caracterizar a dor nesta população e identificar as quais dimensões da dor podem interferir no desempenho funcional e na QV para melhor direcionar as proposta de tratamento.

O estudo abrange dados de grande magnitude de correlação entre algumas variáveis, mesmo não observando correlação entre as variáveis dor e função, que por outro lado, parece ser fortemente correlacionada pós-AVE. Contudo, os resultados encontrados continuam sendo de grande importância, considerando a falta de descrições que levam em consideração diversas dimensões da dor pós-AVE pois, sabe-se que a sua análise vai muito além do que simples intervalos numéricos de 0 a 10.

5. CONCLUSÃO

As queixas álgicas foram mais frequente no gênero masculino e no AVE do tipo isquêmico. A maioria dos indivíduos que relataram dor apresentavam grau dependência moderada segundo o IB. A intensidade da dor foi classificada como moderada e intensa e correlacionou significativamente com o gênero e item alimentação do IB. A articulação do ombro foi referida como o local da dor mais frequente. As variáveis relacionadas à dor correlacionaram de forma significativa com algumas dimensões da SF36, reforçando o conceito de que a dor repercute em diferentes dimensões da QV. Concluimos que é fundamental compreender as características da dor pós-AVE e ampliar o campo de saberes acerca da avaliação apropriada deste sintoma e da importância da analgesia na QV desses indivíduos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus, que me deu forças e iluminou cada passo até aqui, permitindo que tudo isso acontecesse, não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos ao longo de minha vida,. À minha orientadora Professora MS. Fernanda de Oliveira Yamane, pela dedicação, pelo convívio, pelo incentivo, pela compreensão e pela amizade, que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Ao professor Bruno Bonfim Foresti, e toda a equipe do Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação, pelo apoio e carinho durante a coleta de dados. Aos participantes da pesquisa, que se dispuseram à responder todos os questionamentos, tornando possível a elaboração deste estudo. Agradeço à todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. Aos meus pais, meus irmãos e meus amigos pelo amor, incentivo e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

**PAIN, FUNCTIONAL PERFORMANCE AND QUALITY OF LIFE AFTER
ENCEPHALIC VASCULAR ACCIDENT.**

ABSTRACT

INTRODUCTION: *The consequences of stroke, in most situations, present a chronic, complex and heterogeneous profile. It is known that the majority of individuals who survived the stroke experience some type of pain during their recovery that can lead to dependence on the individual to perform activities of daily living, their family role, social and labor participation and, consequently, worse perception of Quality of life (QOL).* **OBJECTIVE:** *To analyze the correlation between pain, functional performance and QOL in individuals who suffered a stroke.* **METHODS:** *Fifty individuals with a medical diagnosis of stroke were evaluated through the Numerical Visual Scale (EVN); Pain Questionnaire McGill; SF-36 Questionnaire and Barthel Index. Clinical aspects related to age, disease time, type of injury, compromised side of the body and risk factors were also collected.* **RESULTS:** *Pain complaints were more frequent in the male gender and in the ischemic stroke. The majority of individuals who reported pain had a moderate dependence degree according to IB. The intensity of the pain was classified as intermediate and correlated significantly with the gender and food item of the IB. The shoulder joint was referred to as the most frequent pain site. The variables related to pain correlated significantly with the dimensions: Emotional Aspects; Physical aspects; Pain of the SF36.* **CONCLUSION:** *We concluded that it is fundamental to understand the characteristics of post-stroke pain and to broaden the field of knowledge about the appropriate evaluation of this symptom and the importance of analgesia in the QoL of these individuals.*

Keywords: Stroke. Ache. Quality of life.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, N.V.; KENT, P.; HJORT, J.; CHRISTIANSEN, D.H. Clinical course and prognosis of musculoskeletal pain in patients referred for physiotherapy: does pain site matter? **BMC Musculoskeletal Disorders**, 2017.
- ANDERSEN, R.D.; LANGIUS-EKLÖF, A.; NAKSTAD, B.; BERNLEV, T.; JYLLI, L. The measurement properties of pediatric observational pain scales: A systematic review of reviews. **International Journal of Nursing Studies**, v.73, p.93-101, 2017.
- BELARDINELLI, P.; LAER, L.; ORTIZ, E.; BRAUN, C.; GHARABAGHI, A. Plasticity of premotor cortico-muscular coherence in severely impaired stroke patients with hand paralysis. **NeuroImage: Clinical**, v.14, p.726-733, 2017.
- BRUCE, J.; POOBALAN, A.S.; SMITH, W.C.; CHAMBERS, W.A.. Quantitative assessment of chronic postsurgical pain using the McGill Pain Questionnaire. **Clin J Pain**, v.20, n.2, p.70-75, 2004.
- BUGGE, C.; HAGEN, S.; ALEXANDER, H. Measuring stroke patients' health status in the early post-stroke phase using the SF36. **International Journal of Nursing Studies**, v.38, p.319-327, 2001.
- CAGLAR, N.S.; AKIN, T.; AYTEKIN, E.; KOMUT, E.A.; USTABASIOGLU, F.; OKUR, S.C. et al. Pain syndromes in hemiplegic patients and their effects on rehabilitation results. **J. Phys. Ther. Sci.**, v.28, p.731-737, 2016.
- CANEDA, M.A.G.; FERNANDES, J.G.; ALMEIDA, A.G.; MUGNOL, F.E. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular encefálico. **Arq Neuropsiquiatr**, v.64, p.690-697, 2006.
- CHOI-KWON, S.; CHOI, S.H.; SUH, M.; CHOI, S.; CHO, K.H.; NAH, H.W. et al. Musculoskeletal and central pain at 1 year post-stroke: associated factors and impact on quality of life. **Acta Neurol Scan**, v.135, p.419-425, 2017.
- CHOO LUN, P.; KUYS, S.; BISSET, L. Tracking changes in glenohumeral joint position in acute post-stroke hemiparetic patients: an observational study. **Disability and Rehabilitation**, 2016.
- CHUANG, L.; LIN, K.; HSU, A.; WU, C.; CHANG, K.; LI, Y. et al. Reliability and validity of a vertical numerical rating scale supplemented with a faces rating scale in measuring fatigue after stroke. **Health and Quality of life outcomes**, v.13, n.91, 2015.
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v.39, n.3, mai./jun. 1999.
- CIENA, A.P.; GATTO, R.; PACINI, V.C.; PICAÇO, V.V.; MAGNO, I.M.; LOTH, E.A. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semin Ciênc Biol Saúde**, v.28, n.2, p.201-12, 2008.

COSTA, T.F.; GOMES, T.M.; VIANA, L.R.C.; MARTINS, K.P.; COSTA, K.N.F.M. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.5, p.933-9, 2016.

DOBKIN, B.H. Rehabilitation after stroke. **N Engl J Med**, v.352, p.1677-84, 2007.

DUTRA, M.O.M.; COURA, A.S.; FRANÇA, I.S.X.; ENDERS, B.C.; ROCHA, M.A. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.1, p.124-135, 2017.

GAMBLE, G.E.; BARBERAN, E.; LAASCH, H.U. et al. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. **Eur J Pain**, v.6, p.467-474, 2002.

GLADER, E.L.; JONSSON, B.; NORRVING, B.; ERIKSSON, M. Socioeconomic factors' effect on return to work after first stroke. **Acta Neurol Scand**, v.135, p.608-613, 2017.

GLOWACKI, D. Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. **Critical Care Nurse**, v.35, n.3, jun. 2015.

HAN, E.Y.; KIM, B.R.; JOO, S.; LEE, C.S.; KANG, S.; KIM, S. et al. Arterial Stiffness in Subacute Stroke: Changing Pattern and Relationship with Functional Recovery. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.26, n.5, p. 922-929, may. 2017.

HANSSON, P. Post-stroke pain case study: clinical characteristics, therapeutic option and long-term follow-up. **European Journal of Neurology**, v.11, p.22-30, 2004.

HARRISON, R.A.; FIELD, T.S. Post Stroke Pain: Identification, Assessment, and Therapy. **Cerebrovascular Diseases**, v.39, p. 190-201, mar. 2015.

HUANG, Y.; CHANG, K.; LIOU, T.; CHENG, C.; LIN, L.; HUANG, S. Effects of Kinesio Taping for Stroke patients with Hemiplegic Shoulder Pain: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. **J Rehabil Med**, v.49, p.208-215, 2017.

HUSKISSON, E.C. Measurement of pain. **Lancet**, v.2, p.1127-31, 1974.

IDOWU, B.M.; AYOOLA, O.O.; ADETILOYE, A.A.; KOMOLAFE, M.A. Sonographic Evaluation of Structural Changes in Post-Stroke Hemiplegic Shoulders. **Pol J Radiol**, v.82, p.141-148, 2017.

JAN, F.; NAEEM, A.; MALIK, A.N.; AMJAD, I.; MALIK, T. Comparison of low level laser therapy and interferential current on post stroke shoulder pain. **Shorte Report**, v.67, n.5, may. 2017.

JONSSON, A.C.; LINDENGREN, I.; HALLSTROM, B.; NORRVING, B.; LINDGREN, A. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients perspectives. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v.77, p.590-5, 2006.

KALITA, J.; MISRA, U. K.; KUMAR, A.; BHOI, S.K. Long-term Prednisolone in Post-stroke Complex Regional Pain Syndrome. **Pain Physician**, v.19, p.565-574, nov/dec.2016.

KARAKUS, K.; KUNT, R.; MEMIS, C.O.; KUNT, D.A.; DOGAN, B.; OZDEMIROGLU, F. et al. The factors related to early-onset depression after first stroke. **Psychogeriatrics**, 2017.

- KHALID, W.; ROZI, S.; ALI, T.S.; AZAM, I.; MULLEN, M.T.; ILLYAS, S. et al. Quality of life after stroke in Pakistan. **BMC Neurology**, v.16, n.250, 2016.
- LANGHORNE, P.; STITT, D.J.; ROBERTSON, L. et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. **Stroke**, v.31, p.1223-1229, 2000.
- LEE, J.; BAKER, L. L.; JOHNSON, R.E.; TILSON, J.K. Effectiveness of neuromuscular electrical stimulation for management of shoulder subluxation post-stroke: A systematic review with meta-analysis. **Clinical Rehabilitation**, v.00, n.0, 2017.
- LEE, Y.; YU, W.; HSUEH, I.; CHEN, S.; HSIEH, C. Test-retest reliability and responsiveness of the Barthel Index-based Supplementary Scales in patients with stroke. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, feb. 2017.
- LEKANDER, I.; WILLERS, C.; EULER, M.; LILJA, M.; SUNNERHAGEN, K.S.; PESSAH-RASMUSSEN, H. et al. Relationship between functional disability and costs one and two years post stroke. **Plos One**, v.12, n.4, p.1-14, apr. 2017.
- LÓPEZ-LIRIA, R.; VEGA-RAMÍREZ, F.A.; ROCAMORA-PÉREZ, P.; AGUILAR-PARRA, J.M.; PADILLA-GÓNGORA, D. Comparison of Two Post-Stroke Rehabilitation Programs: A Follow-Up Study among Primary versus Specialized Health Care. **Plos One**, nov. 2016.
- MAHONEY FI, BARTHEL DW. Functional Evaluation: the Barthel Index. **Md State Med J**, v.14, p. 61-65, 1997.
- MAJEDI, H.; DEGHANI, S.S.; SOLEYMAN-JAHI, S.; EMAMI MEIBODI, S.A.; MIRESKANDARI, S.M.; TAFAHORI, A. et al. Validation of the Persian version of the Brief Pain Inventory (BPI-P) in chronic pain patients. **J Pain Symptom Manage**, may. 2017.
- MELO, L.F.; HENRIQUES, I.F.; RODRIGUES, T.C.P.; CARDOSO, R.P.G.S; BARBOSA, A.W.C.; SANTOS, A.P. et al. Características da dor no ombro após acidente vascular encefálico e perfil de pacientes de Diamantina/MG. **Fisioterapia Brasil**, v.13, n.3, mai./jun. 2012.
- MELZACK, R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, v.1, p.277-299.
- MEMIS, D.; KOZANOGLU, E.; KELLE, B.; GONCU, M.K. Assessment of demographic and clinical characteristics on functional status and disability of patients with stroke. **Neurociences Journal**, v.21, n.4, 2016.
- MIERLO, M.V.; HEUGTEN, C.V.; POST, M.W.M.; HOEKSTRA, T.; VISSER-MEILY, A. Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. **Disability and Rehabilitation**, mar. 2017.
- MIN, K.; MIN, J. Health-related quality of life is associated with stroke deficits in older adults. **Age and Ageing**, v.44, p.700-704, 2015.
- MYERS, C.D.; RILEY, J.L.; ROBINSON, M.E. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. **Clin J Pain**, v.19, p.225-232, 2003.

NAESS, H.; LUNDE, L.; BROGGER, J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study. **Vascular Health and Risk Management**, v.8, p. 407-413, 2012.

NAESS, H.; LUNDE, L.; BROGGER, J.; WAJE-ANDREASSEN, U. Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. **J Neurol Sci**, v.312, p.138-141, 2012.

NAESS, H.; LUNDE, L.; BROGGER, J.; WAJE-ANDREASSEN, U. Post- stroke pain on long-term follow-up: the Bergen Stroke Study. **J Neurol.**, v.257, p.1446-1452, 2010.

NESBITT, J.; MOXHAM, S.; RAMADURAI, G.; WILLIAMS, L. Improving pain assessment and management in stroke patients. **BMJ Quality Improvement Reports**, 2015.

NICKEL, R.; LONGE, M.; STOFFEL, D.P.; NAVARRO, E.J.; ZETOLA, V.F. Upper limb function and functional independence in patients with shoulder pain after stroke. **Arq Neuropsiquiatr**, v.75, n.2, p.103-106, 2017.

NORDIN, N.A.M.; AZIZ, N.A.A.; SULONG, S.; ALJUNID, S.M. Functional limitation and health-related quality of life, and associated factors among long term stroke survivors in a Malaysian community. **Med J Malaysia**, v.71, n.6, dec. 2016.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.47, n.2, p.177-186, 1997.

PIMENTA, C.A.M. Escalas de avaliação de dor. **Dor conceitos gerais**. São Paulo, P. 46-56, 1994.

RASMUSSEN, R.S.; OSTERGAARD, A.; KJAER, P.; SKERRIS, A.; SKOU, C.; CHRISTOFFERSEN, J. et al. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomized controlled trial. **Clin Rehabil**, p.1-12, 2015.

SANTOS, D.G.; PEGORARO, A.S.N.; ABRANTES, C.V.; JAKAITIS, F.; GUSMAN, S.; BIFULCO, S.C. Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequela de AVC após tratamento na piscina terapêutica, utilizando o teste Timed Up and Go. **Einstein**, v.9, n.3, p.302-306, 2011.

SCHESTATSKY, P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.28, n.3, p.177-187, 2008.

SOUZA, F.A.E.F.; SILVA, J.A. Avaliação e Mensuração da Dor em Contextos Clínicos e de Pesquisa. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, v.5, n.4, p.408-429, 2004.

WANG, Q.; MARKOPOULOS, P.; YU, B.; CHEN, W.; TIMMERMANS, A. Interactive wearable systems for upper body rehabilitation: a systematic review. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, v.14, n.20, 2017.

WIDAR, S.; SAMUELSSON, L.; KARLSSON-TIVENIUS, S.; AHLSTROM, G. Long-term pain conditions after a stroke, **J Rehabilitation Med**, v.34, p.165-170, 2002.

YETISGIN, A. Clinical characteristics affecting motor recovery and ambulation in stroke patients. **J. Phys. Ther. Sci**, v.29, p.216-220, 2017.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa “ *Dor, Desempenho Funcional e Qualidade de Vida Após o Acidente Vascular Encefálico*”, no caso de você concordar em participar, favor assinar no final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar ou retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Pesquisador responsável: Fernanda de Oliveira Yamane

Endereço: Rodovia Varginha-Elói Mendes Km 232, Estrada Vicinal, 650, BR-491, 650-Parque Mariela, MG. 37100-000

Email: fernanda.yamane@unis.edu.br

Telefone: (35) 98431-7130

Tempo previsto de sua participação: Será realizado em apenas um dia com duração de 20 minutos.

ELEMENTOS DA PESQUISA:

PESQUISA: A partir deste estudo espera-se caracterizar a dor após AVE em diferentes dimensões e analisar o impacto que esse sintoma causa na capacidade funcional e na qualidade de vida dessa população.

JUSTIFICATIVA: Caracterizar a dor após AVE irá minimizar as dificuldades frequentemente encontradas na abordagem etiológica e terapêutica que acarreta prejuízo não apenas no manejo da dor, mas também, na qualidade de vida do indivíduo permitirá esclarecer a dor sob o ponto de vista.

OBJETIVOS: Analisar as relações entre a dor após AVE com o desempenho funcional e a qualidade de vida. Caracterizar a dor no paciente após AVE através da Escala Visual Numérica (EVN); Questionário de Dor McGill; Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) e Índice de Barthel (IB).

METODOLOGIA

Pacientes

Serão selecionados pacientes com diagnóstico clínico de AVE em seguimento no Centro Especializado de Reabilitação e Fisioterapia Regional e no Centro Municipal de Fisioterapia, no município de Varginha/MG. Os critérios de inclusão são: Possuírem diagnóstico clínico de AVE e aceitarem participar. Os critérios de exclusão são: Presença de outra doença neurológica associada.

Instrumentos

O **Questionário de Dor McGill** trata-se de um instrumento composto de 78 descritores, que são palavras que o paciente escolhe para expressar a sua dor.

A **Escala Visual Numérica (EVN)**, mensura a intensidade da dor.

O **Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Intem Short- Form Health Survey)** é um questionário multidimensional formado por 36 itens, que mensura a qualidade de vida em oito dimensões: capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral da saúde.

O **Índice de Barthel (IB)** avalia as atividades de vida diária (AVD's) e mensura a independência funcional em diversos aspectos como: mobilidade, cuidado pessoal, eliminações e locomoção.

Procedimento

Os pacientes serão avaliados no mesmo dia da sua sessão de fisioterapia. O tempo médio de aplicação das escalas será de 20 minutos. Dados como sexo, idade, idade de início da doença e duração da doença, tipo de lesão, lado do corpo comprometido e fatores de riscos também serão coletados.

Local da pesquisa

Centro Especializado de Reabilitação e Fisioterapia Regional e Centro Municipal de Fisioterapia.

BENEFÍCIOS: A avaliação da dor após AVE por meio de um instrumento de medida é de extrema importância neste contexto atual, pois são úteis para a determinação precisa da história natural dessa doença, para a quantificação de possíveis efeitos terapêuticos e, se

possível, para identificar particularidades dessa patologia, o que repercutiria, não só no diagnóstico da dor, mas também na estratégia terapêutica a ser requisitada.

DANOS, RISCOS E DESCONFORTOS: Constrangimento do paciente em relação às perguntas do questionário, pois o paciente pode ficar pouco a vontade ao falar de suas limitações físicas e emocionais.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A participação do paciente nesta pesquisa é voluntária e não implica em gastos de sua parte, pois a pesquisa será realizada no dia da consulta de fisioterapia.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Nós garantimos que o nome do paciente será mantido em segredo. Nós nos comprometemos em prestar informações sobre os resultados na pesquisa a qualquer momento.

NOVAS INFORMAÇÕES: Caso haja uma mudança nos objetivos da pesquisa, que afete o participante comunicaremos imediatamente os responsáveis, para uma nova versão do termo de consentimento.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante

Ou

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do responsável legal

Varginha, ____ de _____ de _____ .

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA DO SUL DE MINAS-
UEMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor, Desempenho Funcional e Qualidade de Vida Após o Acidente Vascular Encefálico.

Pesquisador: Fernanda de Oliveira Yamane

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61585316.5.0000.5111

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas-FEPESMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.808.572

Apresentação do Projeto:

- Colocar no resumo de forma direta todos os instrumentos utilizados;
- Colocar em anexo os instrumentos utilizados;

Objetivo da Pesquisa:

sem problemas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem problemas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem problemas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem problemas.

Recomendações:

- Colocar no resumo de forma direta todos os instrumentos utilizados;
- Colocar em anexo os instrumentos utilizados;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem problemas.

Endereço: Rua Coronel José Alves, 256

Bairro: Bairro Vila Pinto

CEP: 37.010-540

UF: MG

Município: VARGINHA

Telefone: (35)3219-5291

Fax: (35)3219-5251

E-mail: etica@unis.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA DO SUL DE MINAS-
UEMG



Continuação do Parecer: 1.808.572

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP concorda com o parecer do relator e opina pela aprovação deste protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_809470.pdf	30/10/2016 18:52:01		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/10/2016 18:51:10	Fernanda de Oliveira Yamane	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	30/10/2016 18:35:40	Fernanda de Oliveira Yamane	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/10/2016 18:33:14	Fernanda de Oliveira Yamane	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VARGINHA, 07 de Novembro de 2016

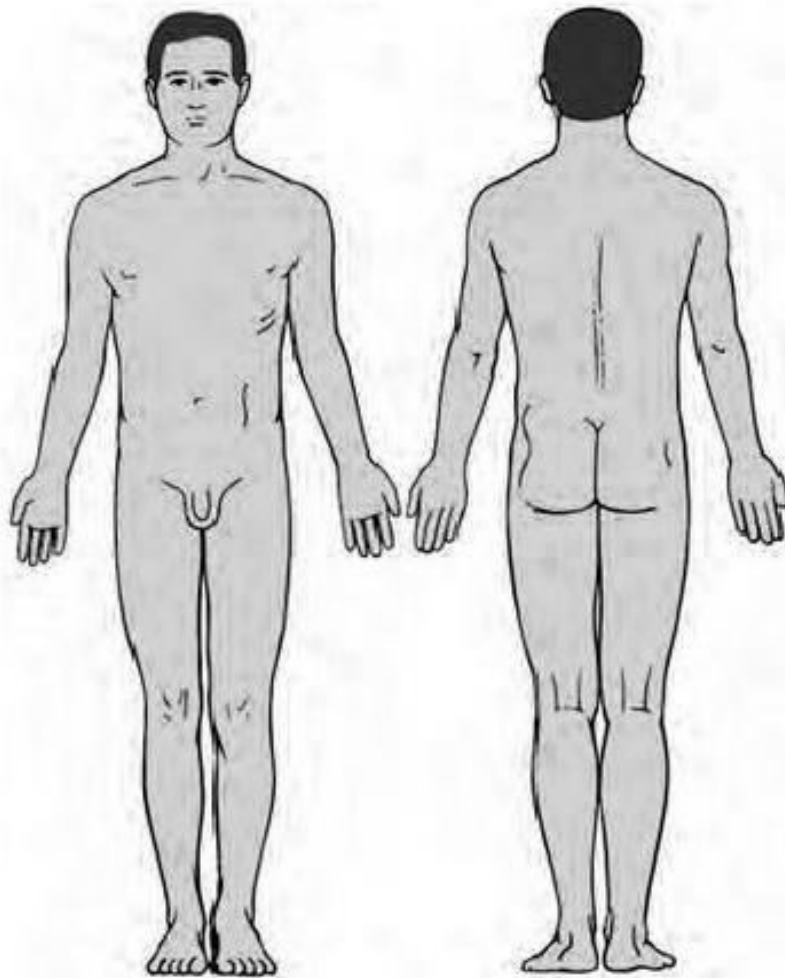
Assinado por:
Nelson Delú Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Coronel José Alves, 256
Bairro: Bairro Vila Pinto CEP: 37.010-540
UF: MG Município: VARGINHA
Telefone: (35)3219-5291 Fax: (35)3219-5251 E-mail: etica@unis.edu.br

ANEXO B – Questionário de Dor McGill

Parte 1: Onde é a sua dor?

Por favor marque na figura abaixo onde você sente a dor.



Parte 2: Como é a sua dor:

Algumas palavras abaixo descrevem a sua dor atual. Circule SOMENTE aquelas palavras que melhor a descrevem. Ignore qualquer categoria na qual não seja aplicável. Utilize somente uma única palavra em cada uma das categorias- a que se aplica melhor.

1- 1- Vibração 2- Tremor 3- Pulsante 4- Latejante 5- Como batida 6- Como pancada	6- 1- Fisgada 2- Puxão 3- Torção	11- 1- Cansativa 2- Exhaustiva	16- 1- Chata 2- Que incomoda 3- Desgastante 4- Forte 5- Insuportável
2- 1- Pontada 2- Choque 3- Tiro	7- 1- Calor 2- Queimação 3- Fervente 4- Em brasa	12- 1- Enjoada 2- Sufocante	17- 1- Espalha 2- Irradia 3- Penetra 4- Atravess
3- 1- Agulhada 2- Perfurante 3- Facada 4- Punhalada 5- Em lança	8- 1- Formigamento 2- Coceira 3- Ardor 4- Ferroada	13- 1- Castigante 2- Atormenta 3- Cruel	18- 1- Aperta 2- Adormece 3- Repuxa 4- Espreme 5- Rasga
4- 1- Fina 2- Cortante 3- Estraçalha	9- 1- Mal localizada 2- Dolorida 3- Machucada 4- Doida 5- Pesada	14- 1- Amedrontadora 2- Apavorante 3- Aterrorizante 4- Maldita 5- Mortal	19- 1- Fria 2- Gelada 3- Congelante
5- 1- Beliscão 2- Aperto 3- Mordida 4- Cólica 5- Esmagamento	10- 1- Sensível 2- Esticada 3- Esfolante 4- Rachando	15- 1- Miserável 2- Enlouquecedora	20- 1- Aborrecida 2- Da náusea 3- Agonizante 4- Pavorosa 5- Torturante

Parte 3: A dor com o passar do tempo?

1- Qual (is) palavra(s) você utilizaria para descrever o padrão da sua dor?

1	2	3
Contínua	Rítmica	Breve
Estável	Periódica	Momentânea
Constante	Intermitente	Transitória

2- Que tipo de coisas promove o alívio da sua dor?

3- Que tipo de coisas aumenta a sua dor?

Parte 4: Qual é a intensidade da sua dor?

Sugerimos que as cinco palavras seguintes representam a intensidade crescente da sua dor.

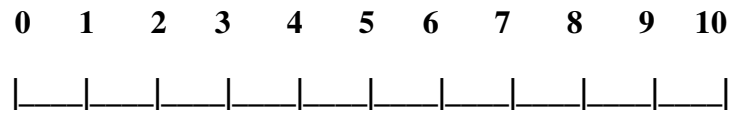
Elas são:

1	2	3	4	5
Leve	Desconfortável	Agonizante	Horrível	Lacerante

Para responder cada questão abaixo, escreva o número da palavra mais apropriada no espaço ao lado da pergunta.

- 1- Qual palavra descreve sua dor no momento? _____
- 2- Qual palavra descreve sua dor mais intensa? _____
- 3- Qual palavra descreve seu último episódio de dor? _____
- 4- Qual palavra descreve a pior dor de dente que você já teve? _____
- 5- Qual palavra descreve a pior dor de cabeça que você já teve? _____
- 6- Qual palavra descreve a pior dor de estômago que você já teve? _____

ANEXO C – Escala Visual Numérica (EVN)



ANEXO D - Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO E – Índice de Barthel (IB)

1) Como você realiza as suas refeições?

- () 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.
- () 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.
- () 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2) Como você toma seu banho?

- () 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.
- () 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

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

- () 10 – Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda.
- () 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.
- () 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4) Como você realiza seus asseios?

- () 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.
- () 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

5) Como é sua evacuação?

- () 10- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.
- () 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.
- () 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

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

- () 10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só

(sonda, urinol, garrafa).

() 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.

() 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como você vai ao banheiro?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PONTUAÇÃO TOTAL: _____