FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

FRANCÉLIA CARVALHO DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

PATOS-PB
2012

FRANCÉLIA CARVALHO DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas das Faculdades Integradas de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientadora:

Profª. Esp. Paloma F. D. de Morais

PATOS-PB
2012

FRANCÉLIA CARVALHO DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ASSISTIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas das Faculdades Integradas de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

PROFª. ESP. PALOMA F. D. DE MORAIS

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(ORIENTADORA)

PROFª.MS. ROSINEIDE FERNANDES DA SILVA

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(1° MEMBRO)

PROFº. ESP. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(2° MEMBRO)

Ao grande arquiteto do universo, autor e consumador da minha fé, a Quem tudo obedece; o onisciente, onipotente e onipresente.

O Deus da minha vida.

À minha família pela força e por acreditarem na minha capacidade de vencer.

AGRADECIMENTOS

À Deus

Eu queria ter mais que uma voz, mais que um amor e uma vida pra te oferecer, pois tu és muito mais que eu possa ter em meu ser. Tu és o autor, aquele que pintou com perfeição a vida. Tu és o senhor aquele que me amou e é o meu Deus, meu Senhor, minha vida é para teu louvor.

Ajudou-me nas horas difíceis, levantou-me nos momentos de tropeços, deu-me forças nos momentos de desanimo, deu-me a perseverança, paciência, esperança e principalmente a Fé. Obrigada meu DEUS.

À minha família, em especial Rosifrança de Carvalho, guerreira por natureza, amiga, conselheira, cúmplice, minha MÃE, ao meu pai Francisco Gabriel sempre forte e batalhador, obrigada, vocês são os responsáveis pela pessoa que eu me tornei. Minha irmã Francielly Carvalho, obrigada pela força. Meus avós: Francisco Afonso e Rosa Rocha (*in memorian*), Sebastião Gabriel e Terezinha Maria, minhas incessantes e inesgotáveis fontes de inspiração; minhas tias e tios obrigada pelos conselhos e incentivos, amo todos vocês.

Aos meus amigos (isso incluem primos e primas), em especial Jandeyse Feitosa, pela amizade cultivada no transcorrer destes 04 anos, amigos de verdade jamais serão esquecidos; meu grupo de estágio: Evanúbia, Wisleyla, Tacyara, Lucia e Clívia, ‘o grupo perfeito’, cumplicidade, companheirismo, sinceridade, elementos presentes na vivência do último ano, e sem esquecer as horas de descontração...

A minha orientadora Prof.ª Paloma F. D. de Morais, sempre otimista e atenciosa, obrigada por ser a pessoa responsável pela elaboração, e construção deste trabalho, pela paciência e compreensão para comigo, nunca terei como agradecer o suficiente por tudo, mas que Deus faça cumprir o desejo do seu coração, e derrame uma chuva de bênçãos na tua vida... Aos Profs. Rosineide Fernandes (Rose), e Célio Diniz, fontes de inspiração e exemplo; obrigada por aceitarem participar da minha banca. Assim com o mesmo entusiasmo agradeço a todos os professores que fazem parte da belíssima grade de professores do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, vocês são os responsáveis pela minha formação acadêmica, e meu futuro desempenho como profissional.

ETERNAMENTE GRATA.

As coisas que o olho não viu, e o ouvido não ouviu, e não subiram ao coração do homem são as que Deus preparou para os que o amam.

1 Coríntios: 2 – 9.

RESUMO

O AVE é um distúrbio que acomete os vasos do encéfalo, uma subdivisão que compreende o cérebro, o cerebelo e o tronco encefálico. Pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico dependendo do fator causal. Diversos são os fatores desencadeantes de um AVE, entre eles: obesidade, hipertensão arterial, inatividade física, predisposição genética, tabagismo e diabetes mellitus. O quadro clínico instalado varia de acordo com o local e extensão da lesão, é uma das doenças cerebrovasculares que causa uma maior morbidade e incapacidade funcional, e geração de vários outros distúrbios de ordem neurológica como os distúrbios do sono. O tratamento em pacientes pós AVE tem como um dos principais objetivos torná-lo o mais independente para realizar suas AVD, restabelecendo suas funções e/ou minimizando as sequelas adquiridas. **O** objetivo do trabalho foi: avaliar a independência funcional e a qualidade do sono de pacientes pós AVE assistidos em uma clínica escola de fisioterapia. O presente estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa contou com 6 pacientes que faziam tratamento no local escolhido para o desenvolvimento do estudo, que se encaixaram nos critérios de inclusão, e que aceitaram participar da pesquisa. Foi aplicado o IB e o IQSP, para avaliação da capacidade funcional e qualidade do sono respectivamente, como também um questionário referente à caracterização da amostra. Os integrantes do estudo apresentaram uma predominância para o gênero masculino 67%, e pardos com a mesma proporção, para o estado civil 50% declararam serem casados, pela avaliação da independência funcional, a amostra foi classificada como, dependentes 50% e dependentes moderados 50%, apresentando bons escores nos domínios avaliados pelo IB, logo tidos na sua maioria como independentes, com exceção do domínio de escalada de degraus onde 67% declararam necessitar de alguma ajuda ou supervisão para o desempenho do mesmo; 67% da amostra apontaram para uma boa qualidade do sono, contra apenas 33% que obtiveram baixa pontuação nos escores do IQSP, tendo em vista que os pacientes estavam no período crônico e que faziam o tratamento reabilitativo há mais de 6 meses. O estudo em questão mostrou que a grande maioria dos pacientes pós-AVE é independente ou semi-dependente para as atividades cotidianas, apresentaram uma boa qualidade do sono, em relação aos achados de outros autores que apontaram a qualidade do sono em pacientes pós AVE como ruim e fragmentada. O que aponta para a necessidade de investir melhor em estratégias de reabilitação para obter uma maior funcionalidade e melhor qualidade de vida para esses pacientes. Sugerem-se trabalhos futuros, utilizando uma amostragem de paciente mais significativa, possibilitando assim maior credibilidade aos resultados.

Palavras-chaves: Acidente Vascular Encefálico, Independência Funcional e Qualidade do sono.

ABSTRACT

The stroke is a disorder that affects the blood vessels of the brain, a subdivision that includes the brain, the cerebellum and brainstem. It can be classified as ischemic or hemorrhagic depending on the causative factor. Several are the triggering factors of a stroke, including obesity, hypertension, physical inactivity, genetic predisposition, smoking, and diabetes mellitus. The clinical picture varies with the location and extent of the lesion is one of the cerebrovascular diseases that cause greater morbidity and disability, and generating various other neurological disorders order as sleep disorders. The treatment in patients after stroke has as a major goal to make it as independent to perform their ADLs, restoring their function and / or minimizing the consequences purchased The objective was to: assess functional independence and quality of sleep in patients post AVE assisted in an outpatient physiotherapy department. This study treated a descriptive cross-sectional quantitative approach. The research included 6 patients who were undergoing treatment at the site chosen for the development of the study, who met inclusion criteria, and who agreed to participate. We applied the IB and the PSQI to assess functional capacity and quality of sleep respectively, as well as a questionnaire relating to characterize the sample. The members of the study was predominantly male 67%, and browns with the same proportion to the marital status 50% reported being married, the sample showed a good functional independence, dependents and dependents 50% moderate 50%, with good scores in the areas assessed by IB, then taken mostly as independent, with the exception of the domain Climbing stairs where 67% said they need some help or supervision to perform the same, 67% of the sample indicated a good quality of sleep, against only 33 % who had low scores on the PSQI scores, given that the patients were in the chronic period and that made the rehabilitation process for more than 6 months. This study showed that the vast majority of patients with stroke is independent or semi-dependent on daily activities, had a good sleep quality, compared to the findings of other authors pointed out that the quality of sleep in patients after stroke as poor and fragmented. This points to the need to invest in better rehabilitation strategies for greater functionality and better quality of life for these patients. We suggest further work, using a sample of patient more significant, thus permitting greater credibility to the results.

Keywords: Stroke, Functional Independence and Sleep Quality.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Caracterização da Amostra.....27
TABELA 02: Escore Geral do Índice de Barthel (IB) **.....** 28
TABELA 03: Escore dos domínios pelo Índice de Barthel (IB) **.....** 29
TABELA 04: Escore Geral do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) 31
FIGURA 05: Componentes do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh IQSP.....32

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

SNC – Sistema Nervoso Central

AIT – Ataque Isquêmico Transitório

AVD – Atividade de Vida Diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

CF – Capacidade Funcional

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

IB – Índice de Barthel

REM – Movimento Rápido dos Olhos

IQSP – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MIF – Medida de Incapacidade Funcional

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO..... 14
2 OBJETIVO..... 16
2.1 OBJETIVO GERAL..... 16
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 17
3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÉLICO (AVE)..... 17
3.1.2 Classificação quanto ao tipo de AVE..... 18
3.1.2.1 Isquêmico..... 18
3.1.2.2 Hemorrágico..... 19
3.2 CAPACIDADE FUNCIONAL/INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL..... 19
3.2.1 Índice de Barthel..... 20
3.3 SONO.....20
3.3.1Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh..... 21
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS..... 23
4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO..... 23
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM..... 23
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 23
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 24
4.5 ANÁLISE DE DADOS..... 25
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... 25
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS..... 26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....27
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 33

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....34

APÊNDICES..... 39

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....40
APÊNDICE B: Questionário Biopsicossocial..... 41
APÊNDICE C: Termo de Compromisso do Pesquisador.....42

ANEXOS.....43

ANEXO A: Termo de Autorização Institucional.....44
ANEXO B: Índice de Barthel.....45
ANEXO C: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.....47
ANEXO D: Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....55

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um distúrbio que ocorre devido a uma interrupção do fluxo sanguíneo que irriga o encéfalo causando lesões de ordem isquêmica (obstrução sanguínea) e ou hemorrágica (extravasamento de sangue), sendo considerada a doença que mais afeta o Sistema Nervoso Central (SNC). O quadro clínico instalado varia de acordo com o local e extensão da lesão (SENKIIO et al., 2005; CAETANO et al., 2007; AGUIAR, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (2009) o AVE é uma das doenças cerebrovascular que causa uma maior morbidade e incapacidade funcional. O quadro de incapacidades físicas comuns nos sobreviventes de AVE provoca prejuízos nas Atividades de Vida Diária (AVD) como alimentar-se, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, usar equipamentos domésticos, uso de transportes, entre outros. Consequentemente há uma piora na qualidade de vida (TEIXEIRA, 2009).

As sequelas de um AVE implicam em algum grau de dependência funcional (TEIXEIRA, 2009).Uma das sequelas mais importantes do AVE é a dificuldade na realização dos movimentos. Quando está relacionada à diminuição da função cognitiva indica uma forte influência negativa para a recuperação dos movimentos. Um sinal frequente da doença é a hemiplegia. O tratamento em pacientes pós AVE tem como um dos principais objetivos torná-lo o mais independente para realizar suas AVD, restabelecendo suas funções e/ou minimizando as sequelas adquiridas (CARVALHO et al., 2007).

Dentre as comorbidades existentes no AVE pode-se encontrar incapacidades funcionais e alguns distúrbios do sono ou alterações no ciclo sono-vigília (CHASENS et al., 2007).

O sono é considerado um estado fisiológico altamente complexo, regulado e organizado, e desempenha um importante papel restaurador das funções físicas e mentais. Os distúrbios de sono levam a déficits cognitivos, que inclui diminuição da atenção, concentração, orientação espacial e temporal e do desempenho da memória, e comprometimentos das funções psicológicas e sociais. Como também, causam alterações do comportamento durante o dia, com sensação de sonolência diurna, fadiga, falta de energia e irritabilidade, podendo comprometer o desempenho profissional e interferir nas relações com

as outras pessoas, aumentando o risco de acidentes de trabalho e diminuindo a qualidade de vida (STANLEY, N., 2005; ASTON-JONES, 2005).

Esse trabalho justifica sua relevância pelo fato de que a literatura na área ainda é escassa, e por ser uma área nova para pesquisas. Logo se acredita que este trabalho servirá de apoio, como referencial, para a comunidade acadêmico-científica, interessada no assunto, conseqüentemente ajudar na conscientização da comunidade alvo, além de auxiliar em soluções para melhoria da qualidade do sono, assim como, de sua funcionalidade.

Sabe-se que durante a fase aguda do AVE, ocorre uma inversão do ritmo vigília-sono, que se manifesta por letargia durante o dia e agitação durante a noite, além de uma diminuição da Capacidade Funcional (CF) na maioria das pessoas que um sofreram um AVE, logo surgiu o seguinte questionamento: O AVE provoca alguma alteração na independência funcional e/ou na qualidade do sono dos acometidos por esse distúrbio vascular?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a independência funcional e a qualidade do sono de pacientes pós AVE assistidos em um setor ambulatorial de fisioterapia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar o perfil biopsicossocial da amostra;
- Detectar os níveis das independências funcionais mais frequentes;
- Avaliar a qualidade do sono dos sujeitos de pesquisa;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

O AVE é caracterizado por um distúrbio neurológico focal ou global, causado por uma interrupção do fluxo de sangue para o encéfalo devido à obstrução de uma artéria (origem isquêmica) ou ruptura de vasos sangüíneos cerebrais (origem hemorrágica), sendo considerada a doença vascular que mais acomete o Sistema Nervoso Central (SNC). Os seus sintomas manifestam-se durante mais de 24 horas, podendo inclusive levar à morte (LEITE et al., 2008, BENVEGNU et al., 2009).

O AVE, também chamado de doença silenciosa do século, constitui a terceira causa de morte no mundo, precedida pelas cardiopatias em geral e o câncer. É o distúrbio que apresenta maior incidência e tem maior morbidade dentro do grupo de doenças vasculares, além de aparecer como a primeira causa de invalidez e morte e com uma conseqüência assaz importante que são as incapacidades dos pacientes acometidos por esta doença. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, e considerado um problema de saúde mundial (TEIXEIRA, 2009, SCHAFER, 2010).

São muitos os fatores de risco para o AVE e eles podem ser classificados de duas formas: os não modificáveis (idade, raça e historia familiar); e os modificáveis (AVE isquêmico prévio, doença da artéria carótida, fibrilação atrial, outros tipos de doença cardíacas, hipertensão arterial, tabagismo, hiperlipidemia, diabetes *mellitus*, inatividade física, alcoolismo, terapia de reposição hormonal, processos inflamatórios e o uso abusivo do álcool) (SILVA, 2010). A prevalência do AVE é alta e atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência. Dentre as manifestações clínicas estão os prejuízos das funções sensitivas, motoras, de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem. Entre as alterações motoras, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de força muscular no dimídio contralateral à lesão encefálica. Prejuízos esses, que resultam em limitação na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), restrições na participação social e, consequentemente, piora da qualidade de vida (SCALZO, 2010).

Os sinais e sintomas do AVE dependem da área acometida e a extensão desse comprometimento; um pequeno dano ao córtex pode não produzir sintoma algum, enquanto

que uma lesão da mesma dimensão ou até mesmo menor no tronco encefálico pode levar o paciente à morte. O edema secundário aos grandes infartos ou às grandes hemorragias pode causar a morte, independentemente da localização, isso se dá devido à compressão das estruturas vitais (LUNDY-EKMAN, 2008).

A hemiplegia é um sinal clássico do AVE e é caracterizada por perda dos movimentos voluntários em um hemicorpo podendo apresentar alterações musculares, sensitivas e cognitivas. Uma das seqüelas mais importantes do AVE é a dificuldade na realização dos movimentos, que está relacionada à diminuição da função cognitiva, indicando uma forte influência negativa para a recuperação dos movimentos e sobrevivência dos indivíduos acometidos por essa patologia. Dependendo da gravidade das seqüelas apresentadas, esses indivíduos têm comprometido seu nível de independência funcional nas atividades cotidianas, tais como alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se, necessitando de auxílio de outra pessoa para a realização das atividades de vida diária (CARVALHO et al.,2007).

3.1.2 Classificação quanto ao tipo

3.1.2.1 Isquêmico

Ocorre quando um êmbolo ou trombo se aloja num vaso, obstruindo o fluxo sanguíneo. Geralmente essa privação ocorre de forma abrupta, resultando num início quase imediato dos déficits, podendo, também aparecer de forma insidiosa e piorar com o passar dos dias. A área que circunda essa região é denominada penumbra isquêmica, e contém tecido cerebral funcionalmente afetado, mas ainda viável, por encontrar-se provido de sangue oriundo de vasos colaterais. Como forma de proteger as células neuronais, é importante controlar a pressão arterial, que devido ao mecanismo compensatório pela perda da auto-regulação cerebral, a tensão arterial encontra-se na maioria das vezes elevada. A recuperação de um trombo é lenta, o dano residual é permanente, resultando em uma recuperação funcional prolongada e incompleta, sendo comum uma deficiência residual significativa, (LUNDY-EKMAN, 2008, FERREIRA, 2011).

Quando as obstruções se dão em pequenas artérias profundas resultam em infartos lacunares, ocorrem com mais freqüência nos núcleos da base, na cápsula interna, no tálamo e no tronco encefálico. Os sinais desses infartos se desenvolvem lentamente e costumam serem apenas motores, ou apenas sensitivos, sendo um sinal para uma boa recuperação (LUNDY-EKMAN, 2008).

Quando os trombos atingem as artérias (arterotrombótico), o que segundo a literatura é o tipo mais comum, e resultam da presença de material ateromatoso que oclui o lúmen do vaso, e são sempre precedidas por um Ataque Isquêmico Transitório, (CANCELA, 2008).

3.1.2.2 Hemorrágico

O AVE hemorrágico é resultante da ruptura de um vaso em qualquer local da cavidade craniana devido à hipertensão, aneurismas, trauma ou malformações arteriovenosas. O sangramento cerebral é súbito e comprime ou desloca o tecido cerebral, além de restringir o fluxo sanguíneo distal, podendo levar à morte dentro de horas. Em geral, os AVE hemorrágicos são tidos como os responsáveis pelos maiores déficits nas primeiras horas após o início do evento ocorrendo a melhora à medida que o edema e o sangue extravascular são removidos (LUNDY-EKMAN 2008, SILVA JÚNIOR, 2009).

3.2 CAPACIDADE FUNCIONAL/ INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Capacidade funcional, dentre as várias definições que pode ser atribuída a ela, se refere à potencialidade para desempenhar as AVD ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda. Já a incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (GUZZO, 2008).

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVE variam de um indivíduo para o outro e o desempenho das habilidades de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), como, por exemplo, vestir-se, comer, tomar banho sozinho e, até mesmo, caminhar pequenas distâncias de forma independente são fortemente prejudicadas, predispondo o indivíduo a um

quadro de independência funcional. Da mesma forma, também são prejudicadas as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que se referem às atividades mais complexas do cotidiano, tais como passear, fazer compras, limpar a casa, lavar roupa, dirigir, utilizar meios de transporte coletivo entre outros (RIZZETTI, 2008).

3.2.1 Índice de Barthel

O índice de Barthel (IB) é um instrumento que avalia o nível de independência do paciente para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na sua versão original a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. No contexto clínico o IB nos dá informações importantes não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, nos permitindo conhecer quais as incapacidades específicas do paciente e como tal adequar os cuidados às suas necessidades (ARAÚJO et al., 2007).

3.3 SONO

Para Geib (2007), o sono é definido como um estado cerebral ativo que consiste de dois estados diferentes e quantitativamente mensuráveis, os quais envolvem mecanismos bioquímicos e modificações dos processos fisiológicos, acompanhadas por mudanças eletroencefalográficas características e por imobilidade postural imediatamente reversível por estimulação externa. É, portanto, uma interação complexa de processos fisiológicos e comportamentais.

O sono é considerado um estado fisiológico complexo, ativamente regulado e organizado, que desempenha um importante papel restaurador das funções físicas e mentais. Pode ser dividido em sono sincronizado ou sono de ondas lentas, e sono dessincronizado, ou

sono REM e é regulado basicamente por dois processos: o processo homeostático determinado pela quantidade anterior de sono e vigília, e o processo circadiano que organiza as alternâncias de sono e vigília durante as 24 horas do dia de acordo com o ciclo claro-escuro (SILVA JÚNIOR, 2009).

Muitos fenômenos autonômicos ocorrem usualmente durante o sono, caracterizados por uma redução geral das funções vegetativas: diminuição da freqüência cardíaca e respiratória, em resposta a pressão arterial cai; diminuição da motilidade gastrointestinal; a temperatura corporal cai um ou dois graus, acompanhada com a redução da atividade metabólica dos órgãos e tecidos (LENT, 2010).

Os distúrbios de sono levam a déficits cognitivos, incluso redução da atenção concentração, orientação espacial e temporal e do papel da memória, e comprometimentos das funções psicológicas e sociais. Além disso, causam alterações do comportamento durante o dia, com sensação de sonolência diurna, fadiga, falta de concentração, falta de energia e irritabilidade, afetando o desempenho profissional, interferindo nas relações com as outras pessoas, aumentando o risco de acidentes de trabalho e contribui para o declínio da qualidade de vida (ASTON-JONES, 2005).

Para Silva Júnior (2009), a qualidade do sono representa um aspecto difícil de definir e mensurar de forma objetiva. Alternativamente, métodos de auto-relato, como questionários de sono, fornecem uma medida da qualidade do sono experienciada pelo paciente considerando tanto aspectos quantitativos como qualitativos do sono. A literatura é escassa quando se procura fazer uma correlação da independência funcional com a qualidade de sono de pacientes pós AVE, dando mais ênfase para as alterações respiratórias durante o sono, através de padrões polissonográficos principalmente na fase aguda da recuperação.

3.3.1 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

O IQSP é um questionário que vem sendo largamente utilizado para mensurar a qualidade do sono. Ele possui características que proporcionam facilidade para responder e interpretar, além de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada e inferir a existência de vários transtornos que podem afetar a qualidade do sono. Consiste em uma medida apropriada e psicometricamente testada para ser utilizada entre uma variedade de populações clínicas. Esse questionário permite avaliar sete componentes: qualidade subjetiva

do sono, latência do sono (tempo necessário para iniciá-lo), duração do sono (horas de sono por noite), eficiência do sono (tempo total de sono dividido pelo tempo na cama), distúrbios do sono (como acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo), uso de medicação para dormir e disfunção durante o dia (ter dificuldade para ficar acordado). O IQSP envolve itens e componentes que representam áreas padrão geralmente enfocadas por clínicos quando pacientes relatam problemas de sono (BUYSSE et al., 1989; ALOBA et al., 2007; MINOSSO, 2010).

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa. Segundo Dyniewicz (2009), as pesquisas descritivas têm o propósito de observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos; e consideradas transversal quando a exposição e o desfecho são avaliados juntos num mesmo ponto de tempo.

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da freqüência de incidências e correlações estatísticas (CHIZZOTTI, 2000).

A pesquisa foi desenvolvida em um ambulatório de fisioterapia, em uma cidade do sertão paraibano.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada pelos pacientes que sofreram um AVE e que faziam tratamento permanente no ambulatório escolhido para realização da pesquisa, totalizando um N=16. A amostra (n=6) foi do tipo não probabilística, por conveniência e contou com os pacientes que se enquadraram dentro dos critérios de inclusão e exclusão.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de AVE no período crônico, considerado após seis meses da instalação do distúrbio, de ambos os gêneros; que fizessem tratamento no local escolhido para a realização da pesquisa há mais de 6 meses, e que

aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os critérios de exclusão foram: pacientes com diagnósticos de outras doenças; e pacientes que desistiram do tratamento no transcorrer da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu com a aplicação de quatro questionários: Questionário Biopsicossocial, (APÊNDICE B), Índice de Barthel (IB) (ANEXO C), e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) (ANEXO D).

O IB avalia as AVD e mede o grau de assistência exigido por um indivíduo no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e controle dos esfíncteres. A independência funcional é avaliada por meio de 10 tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Cada item do instrumento é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Atribuindo-se os pontos em cada categoria, obtém-se uma pontuação geral, em função do tempo e da assistência necessária a cada paciente. Esta pontuação varia de 0 a 100, dividida em intervalos de cinco pontos, e os pontos de corte traduzem o grau de dependência dos indivíduos (MC DOWEL, 1996; MINOSSO, 2010).

O IQSP possui características que incluem facilidade para responder e interpretar além de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada e inferir a existência de vários transtornos que podem afetar a qualidade do sono. O individuo é solicitado a responder o questionário considerando o sono de todo o mês anterior, este instrumento, com altas sensibilidade e especificidade, permite estabelecer uma classificação de acordo com a pontuação global obtida. O questionário é formado por 19 questões combinadas em sete componentes (qualidade do sono, latência, duração, eficiência, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção durante o dia). Os sete componentes recebem escores de 0 a 3 que são somados para obter o valor global que varia de 0 a 21, com escores iguais e maiores do que 5 implicando em qualidade de sono ruim (BUYSSE, 1998; BERTOLAZI, 2008).

O procedimento de coleta de dados adveio primeiramente com a seleção dos pacientes que se enquadraram dentro dos critérios de inclusão já descritos, e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Posteriormente foram aplicados os questionários na seguinte ordem: inicialmente será aplicado o questionário biopsicossocial referente à identificação da amostra, logo depois, será aplicado o IB para avaliação de independência funcional, e por fim o IQSP para avaliação da qualidade do sono.

Os questionários foram aplicados em um único encontro de forma individual em uma sala separada, sem que tivesse a influencia de outros, no entanto ficou a critério do paciente a opção pela presença do acompanhante (parente ou amigo, acompanhante no dia da aplicação dos questionários), sendo então permitida a entrada; os questionários foram respondidos oralmente pelos pacientes, sem interferência de outros nas respostas, que por sua vez foram aplicados por um único avaliador.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da amostra foram analisados utilizando a pontuação indicada pelos próprios questionários e posteriormente tabulados e graficados através do programa *Microsoft Office Excel 2007.*

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Obtendo a concessão de aprovação, protocolo nº 165/2012, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o TCLE, impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A presente pesquisa ofereceu risco mínimo aos seus participantes. Todo constrangimento de ordem moral foram atenuados, e ou minimizados por meio de uma conversa franca e esclarecedora, deixando claro que o individuo poderia ter deixado a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. E os benefícios serão que esta pesquisa promoverá um maior conhecimento e ampliação das fontes de pesquisa e das discussões acadêmicas relacionadas a este tema.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 06 pacientes avaliados houve uma predominância para o gênero masculino 67% (n=4), e 33% (n=2) do gênero feminino; com idade média de 47 anos, desvio padrão de ± 14,64, sendo a idade máxima de 63 anos e a mínima de 29 anos; quanto à raça 67% (n=4) corresponderam aos pardos e 33% (n=2) aos brancos; para o estado civil 50% (n=3) da amostra eram casados, 33% (n=2) solteiro e 17% (n=1) divorciado; quanto ao nível de escolaridade: 33% (n=2) tinham ensino fundamental completo, sendo a mesma proporção para ensino fundamental incompleto, 17% correspondendo ensino médio completo e ensino superior completo; todos os participantes da pesquisa foram unânimes ao afirmarem que moram com os familiares.

TABELA 01: Caracterização da Amostra

Variáveis	Participantes (6)	%
Sexo		
Masculino	**04**	**67**
Feminino	**02**	**33**
Raça	**04**	**67**
Parda	**02**	**33**
Branca		
Estado civil		
Solteiro (a)	**02**	**33**
Casado (a)	**03**	**50**
Divorciado (a)	**01**	**17**
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	**02**	**33**
Ensino fundamental completo	**02**	**33**
Ensino médio completo	**01**	**17**
Ensino Superior Completo	**01**	**17**

FONTE: Dados da Pesquisa 2012.

Esse estudo corrobora com os resultados encontrados por Carvalho et al., (2007), Brandão, (2009) e Banja, (2012) em suas pesquisas, que apontam o AVE como distúrbio

predominantemente ocorrido no gênero masculino. A faixa etária encontrada na pesquisa apóia as encontradas em outros estudo como Cavalcante et al., (2010), Scalzo et al., (2010) e Mazzola et al., (2007), o fato de um dos integrantes da pesquisa apresentar apenas 29 anos justifica o fato de que o estresse constante e episódios de hipertensão arterial são uns dos principais fatores de risco para o surgimento de AVE, sendo que esses sintomas estão acometendo cada vez mais pessoas mais jovens (ANDRÉ 2006, LEITE, 2009).

Quanto à raça o resultado da pesquisa vai de encontro com o encontrado com o estudo realizado por André (2006) e Mazzola et al., (2007), que aponta uma maioria de 77,5% de indivíduos de raça branca, sendo o encontrado no presente estudo foi de 67% para a raça parda, que por sua vez é a raça predominante na região de realização do estudo. Os valores encontrados para o estado civil, apóiam os encontrados por Cavalcante et al., (2010), onde cerca de terço da amostra são casados.

Foi questionado quanto à apresentação de insônia e 67% (n=4) afirmaram não apresentar insônia e 33% (n=2) que sim. Quanto à qualidade do sono antes de sofrerem o AVE 83% (n=5) disseram que o sono era considerado bom, e 17% (n=1) afirmaram que o sono era muito bom antes do distúrbio cerebrovascular, 33% (n=2) relataram a presença de outras doenças (como a hipertensão arterial, distúrbios renais e ou os relacionados ao trato intestinal como gastrites, entre outras), e 67% (n=4) afirmaram não ter nenhuma outra doença; quanto ao uso de medicação 17% (n=1) não faz uso e 83% (n=5) faz uso, sendo a mesma proporção para o uso de medicação para dormir.

Após a verificação das características biopsicossociais serão relatados e discutidos os resultados referentes à avaliação da independência funcional através do IB (TABELA 1).

TABELA 02: Escore Geral do Índice de Barthel (IB)

Escores	n	%
Independente (100 – 95)	3	50
Dependente Leve (> 60)	3	50
Dependente Moderado (40 – 55)	0	0
Dependente Grave (20 – 35)	0	0
Dependente Total (< 20)	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Na avaliação da independência funcional através do IB, 50% da amostra mostrou-se independente e 50% dependente leve. Esses achados apóiam os encontrados por Brandão, (2009), Sousa e cols. (2007) e Nishida e cols. (2004) onde a maior parte dos indivíduos afirmou ser independente ou semi-independente.

Os integrantes da pesquisa faziam tratamento reabilitativo há mais de seis meses, com sessões 2 vezes por semana com duração de 45 minutos, de forma individual. Com ênfase nos

exercícios de fortalecimento, adequação e controle postural, coordenação motora global e fina, percepção corporal, treinamento proprioceptivo, das AVD e AIVD, com prioridade para as atividades referentes às profissões dos integrantes as pesquisa.

Em um estudo feito por Polese et al., (2008) com uma amostra de 16 pacientes, mostrou 81% dos pacientes acometidos por AVE eram independentes, 13% dos mesmos necessitavam de supervisão ou assistência para desenvolver suas atividades de vida diária e 6% dos pacientes eram dependentes. Em um estudo Ozaki et al., (2010), aplicaram o IB em pacientes pós AVE, antes e depois da participação dos mesmo em um grupo de reabilitação neurológica, com sessões de 55 minutos senso duas vezes por semana por 6 meses, com a avaliação IB antes e depois, foi visto que não houve significância para os dois momentos.

Teixeira (2009), em seu estudo verificou que o AVE é uma das principais causas de mudanças no desempenho das AVD, podendo levar os sobreviventes a graus de dependência variável. Schafer (2010) traz a tona em seu estudo, as repercussões psíquicas advindas do AVE, como exemplo, a depressão tida como uns dos transtornos psiquiátricos mais comuns e que está intimamente ligado à perda e/ou diminuição da independência e da capacidade funcional de indivíduos acometidos por um acidente vascular encefálico.

TABELA 03: Escores dos Domínios pelo IB

Domínio	**Independente** %	**Dependência Mod**. %	**Dependência Leve** %	**Dependente** %
Alimentação	83	17	0	0
Transferência	100	-	0	0
Higiene Pessoal	100	-	0	0
Uso do Sanitário	100	-	0	0
Banho	100	-	0	0
Marcha ou Locomoção	83	17	0	0
Escalada de Degraus	33	67	0	0
Troca de Roupas	83	17	0	0
Controle das Evacuações	83	17	0	0
Controle das Micções	83	17	0	0

FONTE: Dados da pesquisa 2012.

Os integrantes da amostra apresentaram uma boa independência funcional com bons escores nos domínios avaliados pelo IB, logo tidos em sua maioria como independentes, com exceção do domínio de escalada de degraus onde 67% declararam necessitar de alguma ajuda ou supervisão para o desempenho dessa atividade. Esse dado pode ser justificado pelo fato de que, segundo Correa et al., (2005), pacientes pós AVE possuírem menor amplitude na dorsi-

flexão e flexão plantar da articulação do tornozelo, e flexão do joelho quando comparados aos indivíduos considerados saudáveis, isso referente ao dimídio comprometido.

Em um estudo comparativo Frasson e Borges (2010), fizeram uma correlação entre os instrumentos MIF (Medida de Independência Funcional) e o IB, numa amostra de 50 indivíduos pós AVE, e os resultados obtidos foram estatisticamente significativos: as duas escalas conseguiram discriminar os níveis de independência funcional dos indivíduos participantes, ambas mostraram sua importância e seu diferencial. Rizzetti e Trevisam (2008), usando a MIF numa amostra de 10 pacientes com diagnóstico de AVE, onde 50% era independente e o restante semi- dependente e dependente, e que com respeito aos domínios: transferências, banho, uso do sanitário e higiene pessoal onde 67% da amostra eram independentes, e o restante necessitavam de alguma supervisão ou auxílio. Benvegnu et al. (2008) observaram que após a aplicação da MIF aos pacientes na fase hospitalar da doença houve uma evolução estatisticamente significativa, principalmente no primeiro mês após o AVC e os pacientes observados na fase ambulatorial não obtiveram evolução estatisticamente significativa.

Quanto aos resultados da fisioterapia, haja vista que os participantes do estudo estão em tratamento há mais de 6 meses (um dos critérios de inclusão), no lugar determinado para a execução da pesquisa, sendo que a média de tratamento entre os participantes foi de 21,6 meses, um tempo bastante favorável para a melhora da capacidade funcional dos mesmos. Considerando que o grau de comprometimento varia de acordo com o local afetado, e a extensão da lesão, como também da capacidade de recuperação de cada paciente difere de individuo para individuo; sendo a amostra utilizada na pesquisa era considerada heterogênea, com variação de idade, tempo de instalação do distúrbio e de tratamento reabilitativo, não se pode estabelecer parâmetros exatos de recuperação motora e funcional.

Quanto ao tratamento para Nishida e cols. (2004) e Polese et al., (2008), o que deve ser priorizado são os objetivos funcionais, estabelecendo os componentes do movimento e as deficiências significativas que interfiram no desempenho funcional, ainda que o tratamento reabilitativo seja demorado e por vezes incertos, há evidências cada vez maiores que a fisioterapia imediata pode maximizar a recuperação física.

Na avaliação do questionário referente à qualidade subjetiva do sono o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), no escore geral a média de pontos foi de 4,2 onde a pontuação máxima foi 11 e mínima 00, sendo 67% (n=4) da amostra apresentaram uma qualidade de sono boa (≤ 4 pontos), e 33% (n=2) apresentaram qualidade do sono ruim (> 5 pontos) (TABELA 03).

TABELA 04: Escore Geral do IQSP

Qualidade do Sono	n	%
Boa ≤ 04 pontos	04	67
Ruim > 05 pontos	02	33

FONTE: Dados da Pesquisa 2012.

Campos et al. (2011) em sua pesquisa com uma amostra de 39 pacientes verificou que 64% tinha uma qualidade de sono ruim, afirmando que pacientes no estágio crônico do AVE apresenta uma fragmentação da fase de vigília, com vários episódios de cochilos em diferentes turnos e qualidade do sono ruim, o que vai de encontro com o achado pelo atual estudo onde 67% da amostra apresentaram uma boa qualidade do sono.

Shafer e cols. (2010) viram que o aparecimento de distúrbios do sono em pacientes pós AVE é uma das mais importantes consequências psicológicas, que também incluem ansiedade, depressão, alterações cognitivas, entre outros, o que corrobora com o achado pelo estudo que mostrou através avaliação do componente 05 do IQSP, referente aos distúrbios do sono, sendo que esse componente apresentou maiores escores quando comparados aos outros componentes.

A literatura mostra que pacientes com um único evento isquêmico mostraram uma correlação entre o desempenho da memória verbal e não verbal com a quantidade de sono de ondas lentas, sono REM e eficiência do sono, sugerindo uma ligação entre o sono e as funções cognitivas após o AVE (CAMPOS et al., 2011), o componente 04 de eficiência habitual do sono, do presente estudo mostrou em sua avaliação apresentou escores mínimos, mostrando que a eficiência habitual do sono da amostra estudada não proporcionou alteração depois do aparecimento do distúrbio.

Chasens et al. (2007) comprovaram uma relação entre a sonolência (disfunção dia) e a qualidade do sono, no sentido de que indivíduos com sonolência diurna descreveram pior qualidade do sono, confirmando o resultado do presente estudo de que os pacientes apresentam maior sonolência diurna e pior qualidade de sono concomitantemente, todos os participantes da pesquisa afirmaram que tinham a necessidade de cochilar durante o dia para compensar o sono noturno.

Silva Júnior (2009) verificou no seu estudo maiores índices de qualidade ruim do sono no estágio agudo, apoiando-se na idéia de que a principal desordem do sono associada ao AVE é a apnéia obstrutiva do sono, que ocorre em 60 a 90% dos pacientes, e que o ambiente hospitalar

pode gerar mudanças no ciclo claro/escuro, comparando com o estágio sub-agudo e o período antes do AVE, que apresentaram escores mais baixos, mas ainda indicando uma qualidade ruim do sono.

Existem poucos estudos que fazem menção da presença de distúrbios do sono como também na mensuração da qualidade do sono em pacientes pós AVE, o que amortiza as perspectivas de aplicação desses conhecimentos na avaliação, diagnóstico e tratamento dos pacientes. A qualidade do sono representa um aspecto difícil de definir e mensurar de forma objetiva. Paralelo a isso os métodos de auto-relato, como questionários de sono, que fornecem uma medida da qualidade subjetiva do sono experienciada pelo paciente considerando aspectos quantitativos e qualitativos do sono, métodos estes que apresentam uma fácil administração e aplicabilidade, sendo por essa ocasião utilizados cada vez mais na prática do conhecimento dos distúrbios do sono em pacientes pós AVE, favorecendo uma infinidade de conhecimentos quanto ao diagnóstico e tratamento desses pacientes.

FIGURA 05: Componentes do IQSP

COMPONENTES		**ESCORES**			
		0	**1**	**2**	**3**
01 – Qualidade do Sono	**n**	02	02	02	00
	%	33	33	33	0
02 – Latência do Sono	**n**	02	01	02	01
	%	33	17	33	17
03 – Duração do Sono	**n**	05	01	00	00
	%	83	17	0	0
04 – Eficiência do Sono	**n**	06	00	00	00
	%	100	0	0	0
05 – Distúrbios do Sono	**n**	01	01	01	03
	%	17	17	17	50
06 – Uso de Medicação	**n**	05	00	01	00
	%	83	0	17	0
07 – Disfunção Durante o Dia	**n**	00	03	03	00
	%	0	50	50	0

FONTE: Dados da Pesquisa 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o AVE é uma desordem neurológica de origem vascular com desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal ou global da função cerebral, e uma doença geradora de incapacidades, com perda de independência e, muitas vezes, da autonomia, na realização de suas AVD e AIVD, como também pode por decorrência das desordens neurológicas, influenciar no aparecimento de distúrbios do sono.

A pesquisa evidenciou que os participantes da amostra, se mostraram independentes 50%, e dependentes moderados 50%, através da aplicação e avaliação do IB, esses resultados mostram que os pacientes estão respondendo bem ao tratamento, e recuperando de forma satisfatória sua autonomia funcional; quanto à qualidade do sono, avaliada pelo IQSP, 67% da amostra apontaram uma boa qualidade do sono, o que reforça a boa recuperação dos mesmos, como também, que a fisioterapia é uma forma de tratamento eficaz, e que pode amenizar e/ou extinguir as sequelas deixadas pelo evento vascular, permitindo uma maior independência funcional.

O estudo apresentou algumas limitações, como o número de participantes, que não correspondeu ao planejado. Sugerem-se trabalhos futuros, utilizando uma amostra maior de paciente, possibilitando assim maior credibilidade nos resultados. Enfatiza-se, também, a necessidade de mais estudos que façam uma relação da influência da dependência funcional, gerada pelas sequelas instaladas por decorrência do AVE, no aparecimento de distúrbios do sono.

Enfim, pode-se dizer que esta pesquisa obteve êxito, pois conseguiu atingir os seus objetivos, elencando o perfil biopsicossocial da amostra, como também, o perfil das independências funcionais e da qualidade do sono dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. T, ROCHA, T. N., OLIVEIRA, E. S. Escalas de controle de tronco como prognóstico funcional em pacientes após acidente vascular encefálico. **Revista Acta Fisiatrica**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 160 – 164, 2008.

ALOBA, O. O. et al., Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. **Sleep Medicine**, v. 8, p. 266–270, 2007. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/journal/13899457, acesso em 13 de março, 2012.

ANDRÉ C.; AVC agudo. In: André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: **Revinter**; 2006. p. 37-51.

ARAÚJO , F., et al., Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa De Saúde Pública.** v. 25, n. 2, 2007.

ASTON-JONES, G. Brain structures and receptors involved in alertness. **Sleep Medicine**, v. 6, p. 3−7, 2005. . Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/journal/13899457, aceso em 13 de março, 2012.

BANJA, D. H., et al., Análise da funcionalidade de qualidade de vida de pacientes com sequelas neurológicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 49-57, jan./abr. 2012.

BERTOLAZI, N. A., **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono**: escala de sonolência de Epworth e Indice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. 2008, 93 f. Dissertação (Mestrado em Medicina: Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

BRANDÃO, D. M. S., NASCIMENTO, J. L. S., VIANNA, L.G., Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico, **Revista da Associação Médica Brasileira,** 55(6): 738-43, 2009.

BUYSSE, D. J., **The Pittsburgh Sleep Quality Index**: a new instrument for psychiatric and research. Psychiatric Res. 1998, p.193-213.

CAETANO J., et al., A vivência do processo de reabilitação após acidente vascular cerebral: um estudo qualitativo. **Revista Online Braz J Nurs**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2077. Disponível em: http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0748-7304&lang=en, acesso em 14 de abril, 2012.

CAMPOS, T. F., et al., Cronotipo e implicações para sua utilização na fisioterapia em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revs. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 258-63, jul/set. 2011.

CANCELA, D. M. G., O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais conseqüências e reabilitação. Trabalho realizado no estágio de complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela **Universidade Lusiáda do Porto**, 2008; Disponível em: www.psicologia.com.pt.

CAVALCANTE, T. F. et al., Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, julh-agos de 2010. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae, acesso em: 12 de outubro, 2012.

CARVALHO, A. C. et al., Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. **Revista Ciência e Saúde**. Rio Grande do Sul, v. 14, n. 3, p. 161-168, 2007. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi, acesso em 15 de março, 2012.

CHASENS, E. R. et al., Daytime sleepiness, exercise, and physical function in older adults. **Journal of Sleep Research**, v. 16, p. 60-65, 2007.

CHIZZATTI, A., **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

CORRÊA, F. I. C., et al.,. 2005. Atividade muscular durante a marcha após acidente vascular encefálico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 63, 847-851.

DIJK, D-J.& VON SCHANTZ, M. Timing and consolidation of human sleep, wakefulness, and performance by a symphony of oscillators. **Journal of Biological Rhythms**, v. 20, p. 279–290, 2005. Disponível em: http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0748-7304&lang=en, acesso em 23 de abril, 2012.

DYNIEWICZ, A. M., **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**; 2.ed., São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2009.

FRASSON, L. K; BORGES, M. C. D, Correlação das escalas MIF e Índice de Barthel para a mensuração do nível de independência em indivíduos pós lesão aguda de SNC por AVE; Trabalho apresentado no: IV Seminário de Fisioterapia Uniamérica, **Iniciação Científica** 2010**.**

FREITAS, G. D., Reabilitação neurofuncional em um paciente com hemiplegia espástica como seqüela de AVC. Estudo de caso. **Revista Digital Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 16, n. 155, 2011. Disponível em, http://www.efdeportes.com/, acesso em 24 de março, 2012.

GEIB, L. T. C. Desenvolvimento dos estados de sono na infância. **Revista Brasileira Enfermagem**; Brasilia-DF, v. 60, n. 3, p. 323-326, 2007.

GUZZO, R. A. R. **Análise comparativa da medida de independência funcional verbal evivenciada em pacientes com hemiplegia por Acidente Vascular Cerebral**. 2008, 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 2008.

LEITE, H. R., NUNES, A. P. N., CORRÊA, C. L., Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG, **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.34-9, 2009.

LENT, R., **Cem bilhões de neurônios?**: conceitos fundamentais de neurociência. 2 ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

LUNDY-EKMAM, L., **Neurociências**: fundamentos para reabilitação. 3 ed., Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2008.

MAZZOLA, D. et al., Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clinica de fisioterapia neurológica na universidade de Passo Fundo. **RBPS**, v. 20, n.1, p. 22-7, 2007.

MC DOWEL, I., NEWELL, C. **Measuring health**: a guide torating scales and questionaires. 2 ed., New York: Oxford University Press, 1996.

MINOSSO, J. S. M., AMENDOLA, F., ALVAENGA, M. A. C. O.,Prevalência De Incapacidade Funcional E Dependência Em Idosos Atendidos Em Um Centro De Saúde-Escola Da Universidade De São Paulo, **Revista Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 12-18, 2010.

NISHIDA, A. P., AMORIM, M., INOUE, M. Z. M., Índice de Barthel e o Estado Funcional de pacientes Pós Acidente Vascular Cerebral em programa de Fisioterapia. **Salusvita** 2004;23(3):467-77.

O'SULLIVAN, S. B. & SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia:** avaliação e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Manole 2004 .

OZAKI, L. A. T., et al., Avaliação funcional de hemiplégicos crônicos num modelo de terapia em grupo. Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNESP - Campus de Presidente Prudente – Departamento de Fisioterapia, 2010.

PARAHYBA, M. I., CRESPO, C. D., Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico, In:Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 16, Caxambu-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. **Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/DPE/COPIS)

RIZZETTI, D. A., TREVISAN, C. M., Avaliação Da Capacidade Funcional Em Pacientes Portadores De Seqüelas De AVC Participantes Do Projeto De Hidrocinesioterapia Aplicada Às Patologias Neurológicas Do Idoso, **Revista Saúde**, Santa Maria-RS, v. 34, n. 1-2, p. 32-36, 2008

SCALZO, P. L. et al., Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc. **Revista Neurociência**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SCHÄFER, P. S., MENEGOTTO, L. M., TISSER, L., Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Revista Ciências & Cognição**; v. 15, n. 2, p. 202-215, 2010, Disponível em http://www.cienciasecognicao.org, acesso em 28 de março de 2012.

SENKIIO CH, et al. Utilização da escala de Fugl-Meyer no estudo do desempenho funcioal de membro superior no tratamento em grupo de indivíduos hemiparéticos pós AVE. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos-SP, v. 6, n. 1, p. 8-13, 2005

SILVA JUNIOR, R. A., **Avaliação das alterações do sono, cognitivas e funcionais Nos estágios agudo, subagudo e crônico do acidente vascular Cerebral,** 2009, 63 f., Dissertação (Mestre em Psicobiologia) Universidade Federal do Rio Grande do Norte,Rio Grande do Norte, 2009.

SILVA, E. J. A., Reabilitação após AVC. 2010, 32 f., Dissertação (Mestre em Medicina Comunitária) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – 2010.

SILVA, L. L. M; MOURA, C. E. M; GOGOY, J. R. P., Fatores de Risco para o acidente vascular encefálico. **Universitas Ciências da Saúde**, Brasilia-DF, v. 3, n. 1, p. 145 - 160, 2010.Disponível em: http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/index, acesso 12 de abril, 2012.

SOUSA, A. R; LANZA, L. T. A; BERTOLINE, S. M. M. G, Avaliação do grau de Funcionalidade em vítimas de Acidente vascular encefálico através do índice de Barthel em diferentes períodos após instalação da lesão**.** Trabalho apresentado no V EPCC Encontro Internacional de Produção Científica **Cesumar.,** 23 a 26 de outubro de 2007.

STANLEY, N.The physiology of sleep and the impact of ageing. **REVISTA European Urology Supplement**, v. 3, p. 17−23, 2005. Disponível em: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/669067/description#description, acesso em 24 de março, 2012.

TEIXEIRA, P. C. As incapacidades físicas de pacientes com acidente Vascular cerebral: ações de enfermagem. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, n. 15, 2009. Disponível em: http://www.um.es/global/.com, acesso em 19 de março, 2012.

TORRES, G. V. et al., Avaliação Da Capacidade De Realização Das Atividades Cotidianas Em Idosos Residentes Em Domicílio. **Revista Baiana,** Salvador-BA, v. 33, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/, acesso em 15 de março, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: **AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO TRATADOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**

Pesquisadores Responsáveis: Paloma F. D. de Morais e Francélia C. de Oliveira
Informações sobre a pesquisa: Essa pesquisa visa elencar as sequelas funcionais e a qualidade do sono de pacientes pós acidente vascular encefálico (AVE) tratados em um ambulatório de fisioterapia, assim como, relatar o perfil biopsicossocial dos pacientes; detectar os níveis e incapacidades funcionais mais freqüentes e avaliar a qualidade do sono dos mesmos.

_____
Pesquisador Responsável

Instituição: _____,
Eu_____,
portador do RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.
a -A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre "o instrumento de coleta de dados (aplicação de questionários, entrevistas, formulários)" antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas; b–A segurança plena de que não serei identificado, mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretara nenhum prejuízo individual ou coletivo; c- Risco e benefícios: Esta pesquisa poderá causar risco mínino como algum desconforto ou constrangimento ao entrevistado durante a coleta de dados, os quais podem ser atenuados por meio de uma conversa esclarecedora, deixando claro que o participante pode deixar a pesquisa a qualquer momento.; d– A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação cientifica em que a mesma seja aceita; e- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficara sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos,___de _____de 2012.

Polegar Direito

_____
Assinatura do envolvido

APÊNDICE B - Questionário Biopsicossocial

Identificação _____
Gênero_____Idade_____Raça_____
Estado Civil:( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado
( ) outro_____

Endereço:
Rua:_____
Bairro:_____Cidade:_____UF:_____

Escolaridade:
( ) Alfabetizado ( ) Ensino fundamental incompleto
( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto
( ) Ensino médio completo ( ) Graduação

Profissão_____
Ocupação Atual_____
Realiza alguma atividade de laser?_____
Mora com familiares? _____
Tem filhos?_____Quantos?_____
Mora com quantas pessoas? _____
Apresenta insônia?_____Sabe o motivo?_____
Como era o seu sono antes do AVE?
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Ruim ( ) Péssimo
Há quanto tempo sofreu o AVE?_____
Há quanto tempo faz o tratamento fisioterapêutico?_____

O sono melhorou após o tratamento fisioterapêutico?
( ) Sim ( ) Não
Apresenta alguma outra doença? _____
Qual?_____

Faz uso de algum medicamento?

( ) Sim ( ) Não

Qual?_____

Faz uso de algum medicamento para dormir?

( ) Sim ( ) Não

Qual?_____

APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO TRATADOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente (se necessário) e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2012.

_____

Autor da Pesquisa

_____

Orientando

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

Eu _____ , coordenadora (diretora, responsável, gerente...), venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada "**AVALIAÇÃO DO PERFIL DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO TRATADOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA**", sob responsabilidade da aluno (a) _____ e orientador _____, como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos.

Atenciosamente,

Patos, ____ de _____ de 2012.

_____

NOME - ASSINATURA

ANEXO B - Índice de Barthel (IB)

ÍNDICE DE BARTHEL	
Alimentação	**Pontos**
- Independente, alimenta-se sem ajuda, usa louça e talheres	**10**
- Precisa de certa ajuda, por exemplo, para cortar carne ou pão	**5**
- Não se alimenta sem ajuda, mesmo recebendo assistência como descrita acima	**0**
Transferência da cama para a cadeira (de rodas)	
- Independente em todas as fases dessa atividade	**15**
- Exige discreta ajuda ou supervisão	**10**
- Exige ajuda considerável nas transferências e nas mudanças de decúbito, passa sem ajuda, da posição deitada para a sentada.	**5**
- Não é independente, mesmo recebendo assistência como descrita acima	**0**
Lavagem	
- Independente de ajuda ao lavar o rosto e as mãos, ao pentear-se e ao escovar os dentes	**5**
- Não realiza as atividades acima de forma independente	**0**
Uso do sanitário	
- Independente durante todas as fases da atividade (inclusive limpeza)	**10**
- Precisa de ajuda (p.ex: devido à falta de equilíbrio ou ao vestir-se ou limpar-se)	**5**
- Dependente, mesmo recebendo a assistência acima.	**0**
Banho	
- Independente em todas as fases do banho de imersão ou de chuveiro	**5**
- Dependente na atividade acima	**0**
Marcha ou locomoção com cadeira de rodas em corredor plano	
- Locomoção independente em mais de 50m, pode usar equipamentos auxiliares, exceto andador.	**15**
- Necessita de ajuda ou supervisão, capaz de andar 50m com dispositivos auxiliares.	**10**
- Não anda sem ajuda, mas é independente no uso da cadeira de rodas, inclusive nas curvas ou aproximando-se da mesa; distância de pelo menos 50 m.	**5**
- Não é independente na marcha nem no uso da cadeira de rodas	**0**
Escalada de degraus	
- Sobe uma escada com vários degraus sem ajuda	**10**
- Necessita de ajuda ou de supervisão para subir degraus	**5**

- Dependente, não consegue subir escadas mesmo recebendo ajuda.	**0**
Troca de roupas	
- Capaz de vestir e tirar sem ajuda (eventualmente também a cinta ou o suspensório)	**10**
- Dependente, inclusive recebendo a ajuda acima	**0**
Controle das evacuações	
- Continente o tempo todo	**10**
- Incontinência ocasional, no máximo 1 vez por semana	**5**
- Continente freqüente ou permanente	**0**
Controle das micções	
- Continência constante, capaz de utilizar qualquer dispositivo de forma independente	**10**
- Incontinência ocasional, no máximo 1 vez por dia, requer ajuda para manipulação de sondas e outros dispositivos	**5**
- Incontinência freqüente/permanente	**0**
Escores: 100-95: Independente > 60: Dependente Leve 40-55: Dependente Moderado 20-35: Dependente Grave <20: Dependente Total	

ANEXO C - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

Data __/__/__

Examinador:_____

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono **apenas durante o mês passado.** Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas voc~e foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minuto) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

< 15 minutos = 0 pontos

16 – 30 minutos = 1 pontos

31 – 60 minutos = 2 pontos

>60 minutos = 3 pontos

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR:_____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

>7 horas = 0 pontos

6- 7 horas = 1 pontos

5 – 6 = 2 pontos

< 5 horas = 3 pontos

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta que você acha mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

h)Ter sonhos ruins ou pesadelos

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

j)Outra razão, por favor, descreva:

_____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

( ) nenhuma vez ( )menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( )três vezes por semana ou mais

Nenhuma vez = 0 pontos

< 1 vez/semana = 1 pontos

1 – 2 vezes/ semana = 2 pontos

>3 vezes/semana = 3 pontos

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

( ) Muito boa = 0 pontos ( ) Ruim = 2 pontos

( ) Boa = 1 pontos ( ) Muito ruim = 3 pontos

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

( ) nenhuma vez ( ) menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( ) três vezes por semana ou mais

Qual(is)?

Nenhuma vez = 0 pontos

< 1 vez/semana = 1 pontos

1 – 2 vezes/ semana = 2 pontos

>3 vezes/semana = 3 pontos

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

( ) nenhuma vez ( ) menos de uma vez por semana

( ) uma ou duas vezes por semana ( ) três vezes por semana ou mais

Nenhuma vez = 0 pontos

< 1 vez/semana = 1 pontos

1 – 2 vezes/ semana = 2 pontos

>3 vezes/semana = 3 pontos

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

( ) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo = 0 pontos

( ) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas = 1 pontos

( ) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas = 2 pontos

( ) Muita indisposição e falta de entusiasmo = 3 pontos

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Você cochila? ( ) Não ( ) Sim

Comentário do entrevistado (se houver): _____

Caso Sim-Você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?

( ) Não ( ) Sim

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Para você, cochilar é:

( )Um prazer ( )Uma necessidade ( )Outro – qual?

Comentários do entrevistado

(se houver):_____

<INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO DOS ESCORES>

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono.

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação**
Muito Boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito Ruim	3

Pontuação do componente 1 .....

Componente 2: Latência do sono

Examine a questão 2 e atribua a pontuação de a seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação**
< ou = 15 minutos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
>60 minutos	3

Examine a questão 5 a e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação**
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/ semana	1
1 a 2 vezes/ semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Some a pontuação da questão 2 e 5 = _____

Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma	**Pontuação**
0	0
1 -2	1
3 -4	2
5 -6	3

Pontuação do componente 2 .....

Componente 3: Duração do sono:

Examine questão 4 e atribua a pontuação da seguinte maneira.

Resposta	**Pontuação**
>7 horas	0
6 – 7 horas	1

5 – 6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do componente 3 .....

Componente 4: Eficiência habitual do sono:

Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

 Escreva o número de horas dormidas (questão 4)

 Calcule o número de horas no leito {horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1)}

 Calcule a eficiência do sono{nº de horas dormidas/nº de horas no leito} x 100 = eficiência do sono(%)

 Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação**
>85%	0
75 – 84%	1
65 – 74 %	2
< 65%	3

Pontuação do componente 4 .....

Componente 5: Distúrbios do sono:

Examine as questões de 5b a 5j e atribua a pontuação para cada questão da seguinte maneira:

Resposta	**Pontuação**
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/ semana	1
1 a 2 vezes/ semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Some a pontuação de 5b a 5j =_____

Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte maneira.

Soma de 5b a 5j	Pontuação
0	0
1 – 9	1
10 – 18	2
19 – 27	3

Pontuação do componente 5 .....

Componente 6: Uso de medicação para dormir:

Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/ semana	1
1 a 2 vezes/ semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Pontuação do componente 6 .....

Componente 7: Disfunção durante o dia:

Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/ semana	1
1 a 2 vezes/ semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

Some a pontuação das questões 8 e 9 = _____

Atribua a pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
0	0
1 – 2	1
3 – 4	2
5 – 6	3

Pontuação do componente 7 .....

Pontuação global do IQSP (soma dos componentes) n= _____

Classificação da qualidade do sono:

( ) Boa ( ) Ruim

Pontuação máxima é de 21 pontos. Até 4 pontos = qualidade boa. Pontuação > 5 = qualidade ruim.

ANEXO D - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 01 de junho de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Influência da capacidade funcional na qualidade do sono de pacientes pós Acidente Vascular Encefálico.** Protocolo número: **165/2012** da pesquisadora: **Paloma F. D. de Morais.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 15 de agosto de 2012.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FIP