

## **IMPACTO DO DISTANCIAMENTO FÍSICO DEVIDO À PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE ASPECTOS MOTORES E NÃO MOTORES DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

**Letícia Vitória Camilles Silvestre e Flávia Roberta Faganello Navega**

**RESUMO:** O isolamento social é o ato de manter um indivíduo ou um grupo isolado do convívio com outros indivíduos, tendo contato físico apenas com pessoas da mesma residência ou grupo no qual foi isolado. O atual isolamento está ocorrendo devido a COVID-19, doença infecciosa que contaminou o mundo inteiro, com isso, o estudo foi desempenhado com a finalidade de verificar se houve comprometimentos e quais foram os impactos do isolamento social em pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) há pelo menos seis meses antes da pandemia, sem outras doenças neurológicas associadas. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter longitudinal, em que os indivíduos aceitaram os termos de esclarecimento, foram avaliados através de questionários incluídos foram Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL), o Teste Self Report Questionnaire (SRQ 20) e o índice modificado de Barthel este estudo foi realizado através de contato telefônico. Não houve diferença significativa na independência funcional, porém houve diferença na qualidade de vida e no sofrimento mental Podemos concluir que a pandemia prejudicou a saúde mental dos indivíduos,. A qualidade de vida apresentou piora no domínios energia e visão, e nos domínios função de membros superiores e ânimo. A funcionalidade dos indivíduos não foi alterada.

**Palavras-chave:** Corona Vírus; COVID-19; AVE.

## **1. INTRODUÇÃO**

Atualmente o mundo está vivendo uma pandemia ocasionada pelo COVID-19 / SARS-CoV-2, também chamado novo coronavírus, doença nomeada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os primeiros casos foram em 2019 em Wuhan, China, de onde se alastrou para todo o mundo. Segundo Guo, Rong-Yan; et al (2020) foi verificado que a sequência do genoma de SARS- CoV-2 é 96,2% idêntica a um CoV RaTG13 de morcego, portanto, há suspeitas de que a origem da doença é proveniente do morcego. No mundo, o novo coronavírus (COVID-19) no qual até o momento (28 de maio de 2021) já matou mais de 3.510.000 pessoas, e aproximadamente 169 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo. E no Brasil 457 mil óbitos e 16.3000.000 infectados.

Os sintomas da COVID-19 podem variar desde quadros leves até quadros graves, geralmente aparecem de 2 a 14 dias após o contágio do vírus. Os indivíduos acometidos podem apresentar febre, tosse, falta de ar e pneumonia, sendo os casos mais graves necessário internação devido a problemas respiratórios, hepáticos, gastrointestinais, podendo levar a óbito (Shanmugaraj, B; et al, 2020).

Entre humanos o modo de contágio do COVID-19 ocorre por meio do contato direto de partículas do vírus com as mucosas. As partículas estão presentes nas secreções do sistema respiratório de uma pessoa infectada, elas são expelidas por gotículas de saliva, tosse, espirros e outras secreções e podem ficar até 16 horas no ambiente (Adhikari SP, Meng S, Wu YJ et al 2020).

Segundo Boletim Epidemiológico Especial entre 14 de junho de 2020 a 20 de junho de 2020, a taxa de incidência no Brasil foi de 508,0 casos por 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade foi 23,8 por 100 mil habitantes, sendo no estado do Rio de Janeiro maior índice de mortalidade e estado de Espírito Santo maior caso de incidência. O diagnóstico é realizado através de exames laboratoriais PCR-RT e testes rápidos através de amostra sanguínea. Por enquanto as vacinas estão sendo aplicadas no Brasil, são Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac a fim de que reduza riscos de casos graves de COVID-19, havendo duas outras vacinas em análise pela ANVISA Covaxin, e Sputnik-V (Ministério da Saúde). A vacinação está sendo realizada de acordo com faixa etárias e grupos de risco. E de acordo com o Ministério da Saúde, 63.790.043 pessoas já tomaram a vacina em 27 de junho de 2021.

No Brasil pessoas acima de 60 anos de idade são consideradas grupo de risco, por mais que não tenham doenças existentes. Indivíduos com doenças pré existentes como cardiopatias, doenças neurológicas, pneumopatas, diabetes mellitus (DM), obesidade, fumantes também são considerados grupo de risco, não importando a idade (Ministério da saúde, 2020). Sabe-se que a idade avançada e a presença de DM, hipertensão e obesidade grave ( $IMC \geq 40 \text{ kg / m}^2$ ) aumentam a morbidade e mortalidade em pacientes com COVID-19 (Muniyappa,R; Gubbi, S, 2020). Até o momento não há estudos que verificaram os efeitos da COVID-19 em pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE), o que se sabe até o momento são sobre as doenças pré existentes já mencionadas acima.

## **1.1 DISTANCIAMENTO E ISOLAMENTO SOCIAL DEVIDO O COVID-19**

Segundo Sun, Chen & Viboud (2020) o distanciamento social pode retardar a disseminação do SARS-CoV. A recomendação da OMS é de pelo menos 1 metro de distanciamento físico. Foi realizada uma pesquisa em 149 países ou regiões da Europa que seguiram recomendações de distanciamento físico pela Universidade Oxford, onde concluiu que o distanciamento físico é uma medida eficaz contra a COVID-19 com redução de 13% na incidência do coronavírus. Esses países utilizaram pelo menos uma de cinco intervenções como fechamento de escolas, transporte público, quarentena social com fechamento de bares, restaurantes, eventos públicos e restrições a movimentos, pelo menos uma semana entre 1º de janeiro de 2020 e 30 de maio de 2020, constatou-se que a redução foi maior em países mais ricos e que seguiram quarentena social (Islam, Nazrul; Sharp, e J Stephen; et al; 2020).

Com o isolamento social muitas atividades são deixadas de lado, como por exemplo atividades físicas, por vezes não executadas por falta de vontade, falta de estímulos, falta de espaço, ou por não haver um profissional ou familiar para orientar/ auxiliar as atividades, podendo gerar efeitos negativos na qualidade de vida (QV), no estado emocional e no bem estar físico, sendo que a atividade física promove equilíbrio das emoções, controle de estresse e a obtenção de prazer na vida (BECK e MAGALHÃES, 2017). A redução no nível de atividade física ocasionada pelo COVID-19 foi reportada por Peçanha e colaboradores (2020) que analisaram os dados divulgados pela empresa americana Fitbit, Inc, informações

de atividades físicas de 30 milhões de indivíduos de diversos Países que utilizam relógio inteligente como dispositivo para apresentar seus níveis de atividade física dos indivíduos, e verificaram redução significativa de passos variando de 7% a 38% durante a semana de 22 de março de 2020, essa comparação foi feita em relação ao mesmo período do ano passado (2019).

Com a diminuição das atividades físicas muitos indivíduos estão ficando sedentários. Segundo estudo realizado por Kim e colaboradores (2019) o tempo de sedentarismo em idoso é maior comparado a jovens (Kim, Yujeong; Lee, Eunmi, 2019). O comportamento sedentário pode levar a várias consequências futuras como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes tipo 2, densidade óssea reduzida. Esses comportamentos podem fazer com que as pessoas deixem de executar tarefas do seu cotidiano como atividades domésticas, atividades do trabalho ou até atividades físicas, podendo aumentar o estresse (Teychenne, M ; Stepha, L; et al, 2019).

Para a população idosa o isolamento pode ocasionar danos secundários a médio e longo prazo, pois, devido a essa população ser considerada grupo de risco as medidas de proteção para eles são mais rigorosas mesmo após o término dos regulamentos atuais, podendo prorrogar ainda mais a diminuição da interação social com outras pessoas fora do âmbito de moradia, o mesmo ocorre com indivíduos que possuem doenças pré existentes (Plagg, B; et al, 2020). Considerando que muitos idosos moram sozinhos, podem ocorrer sentimentos depressivos, de solidão e piora na QV.

Com o isolamento, a exclusão da sociedade é capaz de aumentar riscos do comprometimento da cognição, podendo acelerar a progressão da doença de Alzheimer, por exemplo (CRAPSER, F; McCullough, 2015).

## **1.2 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

O AVE é a oclusão (AVEi) ou rompimento (AVEh) de vasos sanguíneos na região cerebral, sendo capaz de levar a sequelas devido a ausência de suprimento sanguíneo em áreas que necessitam de oxigenação (Biblioteca Virtual em Saúde; 2015). No Brasil o AVE é a causa mais comum de óbitos na população adulta, com alto índice de internações em hospitais públicos, a taxa de mortalidade é de 10% no primeiro mês após diagnóstico, e 40% até um ano após diagnóstico (Ministério da saúde). Com base no índice de internações, é

provável que o custo seja elevado podendo sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados da World Stroke Organization (Organização Mundial de AVC), um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVE ao longo de seu curso de vida. Sendo algumas doenças são fatores de risco para ocorrência de AVE, como idade, sexo masculino, histórico familiar, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outros (Pires, S; Gagliardi, R ; Gorzoni, M; 2004).

Devido a falta de oxigenação por consequência da ausência de suprimento sanguíneo, há possibilidade de várias implicações no indivíduo, dependendo da localização estes comprometimentos podem ser motores e/ou não motores. Entre os comprometimentos motores e não motores podemos citar disfagia, dificuldade de deglutição; paralisia facial, fraqueza muscular, déficit de sensibilidade, alteração visual, dificuldade em deambulação com provável marcha padrão, dificuldade em equilíbrio, dificuldade em se manter em posição ortostática e sentada (Ministério da Saúde). Segundo as Diretrizes de atenção da pessoa com acidente vascular cerebral, em decorrência de possíveis comprometimentos e até de forma preventiva, é fundamental o suporte da equipe multiprofissional para o paciente e familiares (Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral; 2013).

Como já comentado anteriormente, o isolamento social interfere em vários aspectos como o bem-estar físico e emocional, com a população com sequelas de AVE não é diferente, muitos indivíduos precisaram se ausentar de seus tratamentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outros devido a pandemia. Segundo Rangel e colaboradores (2013) a QV geral e específica dos pacientes com AVE, em reabilitação está diminuída e correlaciona-se com limitações para a realização das AVDs, podendo tais limitações, segundo os autores serem agravadas caso a reabilitação seja deixada de lado. Além disso, a depressão pós-AVE tem impacto negativo na recuperação funcional. Segundo Ezema e colaboradores (2019) pacientes com depressão pós-AVE têm menos independência nas AVDs. De acordo com Robinson e Jorge (2016) sofrimento mental está presente em aproximadamente 85% dos pacientes com AVE, e tem sido associado ao menor convívio social após AVE (Gillen et al., 2001) e baixo desempenho nas atividades de vida diária (Hackett et al., 2014). Com o isolamento social a interação com outras pessoas é ainda menor, podendo assim acentuar o quadro depressivo.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Devido ao isolamento social imposto pela atual pandemia, a maioria das pessoas, incluindo idosos e indivíduos com acometimentos neurológicos, possivelmente apresentaram uma redução considerável na realização de atividades físicas e/ou sessões de reabilitação, bem como menor convívio social. Tal situação é capaz de levar a influência negativa da funcionalidade, QV e saúde mental desses indivíduos.

## **3. OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi verificar a independência funcional, a QV e a saúde mental de indivíduos com sequelas de AVE, antes, quatro meses e um ano após o início da pandemia por COVID19. Sendo assim, essa pesquisa foi realizada com intuito de verificar como as restrições sociais, impostas pela pandemia, influenciaram a independência funcional, a QV e a saúde mental de indivíduos com sequelas de AVE.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (nº 4.138.710) (ANEXO I). Todos os participantes foram informados sobre os procedimentos experimentais e o caráter não invasivo dos testes. Foram esclarecidos também quanto ao sigilo das informações coletadas e das identidades dos mesmos. Após os participantes serem apresentados ao objetivo do estudo e terem concordado em participar, manifestaram concordância com o termo de consentimento livre (APÊNDICE 1) e esclarecido por telefone ou mensagem.

Após a leitura e concordância, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

### **4.2 SUJEITO**

Foram incluídas no estudo pessoas que sofreram AVE à pelo menos seis meses antes de iniciado a pandemia e concordaram em participar do estudo, ambos os sexos e qualquer idade.

Foram critérios de exclusão presença de outra doença neurológica referida e/ou deficiência. As pessoas com AVE foram recrutadas dentre os usuários dos serviços de saúde, Unidade de Fisioterapia do Centro de Estudos da Educação e Saúde, e em grupos de redes sociais específico de AVE por meio de contato telefônico, por outro tipo de aplicativo de mensagens ou conversas.

Por ser o afastamento físico devido a pandemia de COVID 19 um evento inédito e não havendo ainda evidências de estudos similares que possam nortear qualquer cálculo amostral será uma amostra de conveniência.

### **4.3 PROCEDIMENTOS**

A pesquisa possui caráter longitudinal e foi realizada por meio de contato telefônico. Após ter sido esclarecido e ter manifestado a concordância, o participante escolheu a melhor forma para a realização da entrevista (contato telefônico ou mensagem) e indicou qual o melhor dia e horário para a realização da entrevista. No dia e horário indicado, o pesquisador entrou em contato com o participante e conduziu a entrevista seguindo um questionário previamente estabelecido (ANEXO 2).

Também foram aplicados os questionários: Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL) para avaliação da QV, o Teste Self Report Questionnaire (SRQ 20) para avaliação a saúde mental e o índice modificado de Barthel para avaliação da independência funcional. Os sujeitos responderam os questionários 2 vezes, uma relacionando as respostas à época antes da pandemia, a segunda vez relacionando as respostas com o período da pandemia (isolamento social) em 4 meses de isolamento social. Caso o participante desejasse, um familiar poderia ajudá-lo a responder os questionamentos, e em caso de cansaço referido, a entrevista era interrompida e retomada em um novo dia e horário indicado pelo mesmo, não podendo ultrapassar um intervalo de 7 dias.

Após um ano de pandemia, 8 meses após o primeiro contato telefônico, os participantes foram novamente contatados e os questionários foram novamente aplicados, seguindo a mesma metodologia da primeira ligação.

#### **4.3.1 AVALIAÇÃO INICIAL**

Antes de ser iniciada a avaliação dos questionários específicos sobre QV, independência funcional e saúde mental, foi aplicado um questionário no qual foram coletados dados pessoais para caracterização da amostra e identificação dos critérios de inclusão e/ou exclusão (ANEXO II). Em seguida foram aplicadas questões para obter informações associadas ao AVE (ANEXO III); sobre acesso a medicação; avaliação do nível socioeconômico, condições de saúde associadas ao covid-19.

#### **4.3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

A avaliação da QV foi utilizada a versão traduzida (SANTOS, 2002) e validada (SANTOS, 2007) para a língua portuguesa da Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) (ANEXO IX).

A escala contém 49 itens subdivididos em 12 domínios: mobilidade, energia, função dos membros superiores, trabalho/productividade, ânimo, cuidados pessoais, relações sociais, relações familiares, visão, linguagem, modo de pensar e comportamento.

A avaliação de metade dos domínios é feita através do questionamento sobre a capacidade do indivíduo de desenvolver uma função, podendo variar de ausência total de dificuldade (resposta 5) a completa incapacidade (resposta 1); os domínios que apresentam essa possibilidade de respostas são: cuidados pessoais, visão, linguagem, mobilidade, trabalho e função do membro superior. A outra parte dos domínios é avaliada através do questionamento sobre a opinião do paciente sobre uma determinada situação, podendo variar de discordância total com o texto (resposta 5) a concordância total (resposta 1); os domínios avaliados segundo esses critérios são modo de pensar, comportamento, ânimo, relação familiar, relações sociais e energia.

A quantificação das respostas é realizada mediante a escala de pontos do 1 a 5. O escore mínimo é de 49 e o máximo de 245 pontos, sendo que quanto menor o escore, maior a dependência e dificuldade para realização de tarefas, piora da QV.

### **4.3.3 AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Para a avaliação da independência funcional foi utilizado o Índice de Barthel (ANEXO IV). O índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida como: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Desde seu desenvolvimento, o índice de Barthel tem sido amplamente utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in) dependência dos indivíduos que tiveram AVE para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (ARAÚJO et al., 2007).

Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente (MINOSSO et al., 2009). Nesse índice, cada item tem uma pontuação sendo que um (1) corresponde a uma situação em que a pessoa é totalmente dependente para executar uma dada atividade e cinco (5) quando é completamente independente. A pontuação máxima alcançada é de cinquenta pontos (SHAH; VANCLAY; COOPER, 1989).

### **4.3.4 AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

A Saúde mental dos indivíduos foi avaliada por meio da versão brasileira do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), validado no por Mari e Willians (1986). O SRQ-20 faz rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Trata-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico. Os pontos

de corte são de 7/8 independente do sexo (Gonçalves et al., 2008). Assim, as respostas que apresentaram score  $\geq 7$ , foram consideradas como indicadores de possível sofrimento mental.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento que avalia ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), desenvolvido por Harding et al. 26 e 27. O instrumento é composto de 20 itens sobre sintomas físicos e psíquicos, com escala de respostas dicotômicas (sim/ não), para detecção de distúrbios psiquiátricos menores (ansiedade, depressão, reações psicossomáticas, irritação e cansaço mental).

## **5. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para análise estatística foi utilizado software SPSS<sup>®</sup>, e após verificação da normalidade e homogeneidade dos dados foi adotado o test t de student pareado para a comparação dos momentos antes e após 4 meses e a ANOVA para medidas repetidas com Post Hoc de Bonferroni para a comparação dos momentos antes, após 4 meses e após 1 ano. Foi adotado nível de significância de  $p < 0,05$ .

## **6. RESULTADO**

Os resultados foram organizados em duas sessões. A primeira sessão, 4 meses após o início do isolamento social, é referente ao primeiro contato realizado com 34 indivíduos, que ocorreu quatro meses após o início da pandemia. A segunda sessão, 1 ano após o início do isolamento social, é referente ao segundo contato realizado 8 meses após o primeiro, no qual participaram 11 sujeitos no qual já haviam participado da primeira coleta.

### **6.1 QUATRO MESES APÓS O INÍCIO DO ISOLAMENTO SOCIAL**

As informações referentes à caracterização da amostra como, idade, sexo, tempo de AVE e outras estão demonstrados na tabela 1. A tabela 2 traz informações sobre doenças associadas, possíveis comorbidades para coronavírus.

Tabela 1 – Demonstra o perfil sociodemográfico dos entrevistados (n=34).

**Pesquisas e Inovações em Ciências da Saúde e Biológicas: Produções Científicas Multidisciplinares no Século XXI, Volume 1**

Caracterização da amostra	4 meses após	
Sexo	(26,5% ) H	( 73,5% ) M
idade (anos)	média 47 anos	Desvio Padrão 12,89820283
tempo de AVC (meses)	média 2015	Desvio Padrão 5,973585
destro ou canhoto	( 94,1 %) D	( 5,9 % ) E
lado acometido	(41,2% ) D	(58,8% ) E

legenda:4 meses após o início da Pandemia. H: homem, M: mulher, D:direita, E: esquerda. Relação 1H/ 3M.  
Tabela 2- Doenças associadas - fatores de risco para COVID-19

	SIM	NÃO
DOENÇA CARDÍACA	( 85,3% ) S	( 14,4 % ) N
HIPERTENSÃO	( 64,7% ) S	( 35,3% ) N
DIABETES	(85,3% ) S	(14,7% ) N
DISLIPIDEMIA	( 73,5% ) S	( 26,5% ) N
DOENÇA RESPIRATÓRIA	(5,9 % ) S	(94,1%) N

LEGENDA: S:SIM, N:NÃO

A tabela 3 traz informações relacionadas à covid19, como por exemplo: se o indivíduo, ou familiar, foi ou não acometido pelo vírus, se tem medo de pegar covid19 e cuidados em relação ao uso de máscara e lavagem das mãos.

Tabela 3- Informações gerais sobre COVID-19 havendo informações de 4 meses após começo da pandemia.

INFORMAÇÕES SOBRE COVID	4 MESES APÓS		
FAMILIAR COM DIAGNÓSTICO	(5,9%) S	(94,1%) N	
TEVE O DIAGNÓSTICO DE COVID	( 0% ) S	(100%) N	
TEM MEDO DE PEGAR COVID	(52,9%)MUITO	(32,4%) POUCO	(14,7%) NÃO TENHO
LAVA AS MÃOS QDO CHEGA EM CASA	( 100% ) S	(0%) N	
USA MÁSCARA QUANDO SAI DE CASA	( 97,1% ) S	(2,9%) N	

LEGENDA: S:SIM, N:NÃO

A figura 1 mostra os resultados da avaliação da independência funcional. A análise estatística não apontou diferença significativa ( $p=0,43$ ) na funcionalidade dos indivíduos após 4 meses de isolamento social.

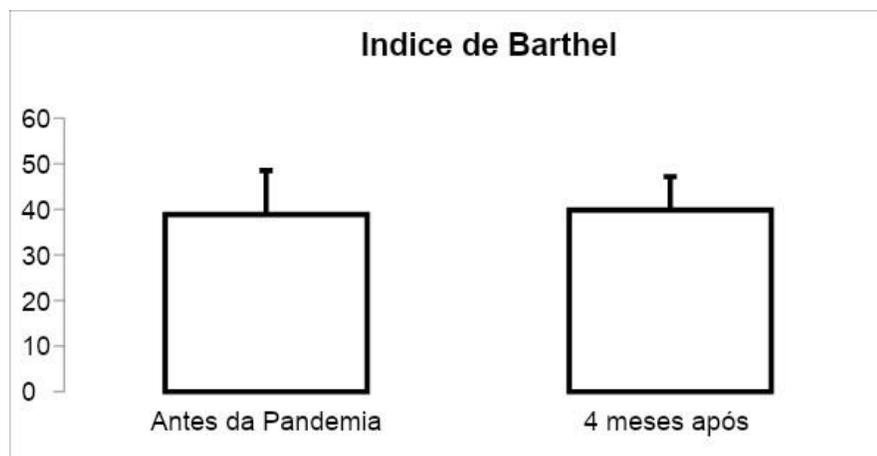


Figura 1: resultados referentes ao índice de Barthel (avaliação da independência funcional). Dados expressos em média e desvio padrão. Teste t de student  $p=0,43$ .

A tabela 4 é referente ao resultado da avaliação da QV. Observamos diferença significativa para os domínios Energia ( $p=0,0001$ ) e Visão ( $p=0,007$ ). Os demais domínios e a pontuação total não apresentaram diferença entre os momentos antes da pandemia e 4 meses após o início do isolamento social.

Tabela 4: Resultados da avaliação dos diferentes domínios e da pontuação total do questionário de QV SS- QoL.; Resultados expressos em média e desvio padrão. p = resultado do teste t de Student. \* =  $p \leq 0,05$ .

Domínios do SSQOL	4 meses de pandemia		p
	Antes da Pandemia		
Mobilidade	20,90 ± 5,20	21,00 ± 4,29	0,900
Energia	13,21 ± 5,88	9,93 ± 5,34	0,000*
Função MMSS	16,36 ± 6,63	16,60 ± 5,99	0,690
Trabalho/produtividade	9,90 ± 3,75	9,81 ± 3,40	0,820

Ânimo	8,90 ± 3,42	9,33 ± 3,54	0,460
Cuidados pessoais	18,66 ± 4,57	19,09 ± 4,73	0,480
Relações sociais	11,75 ± 6,56	9,66 ± 4,02	0,070
Relação familiar	8,96 ± 4,50	9,18 ± 4,06	0,720
Visão	13,30 ± 1,81	12,69 ± 2,32	0,007*
Linguagem	20,66 ± 5,31	20,69 ± 5,28	0,920
Modo de pensar	8,75 ± 4,26	8,72 ± 4,19	0,950
SSQOL* Total	142,30 ± 38,16	147,36 ± 31,90	0,250

legenda: SSQOL: Stroke Specific Quality of Life Scale; MMSS: membros superiores

Em relação ao sofrimento mental, a análise estatística apontou diferença significativa entre os momentos ( $p = 0,00001$ ). Na figura 2 podemos observar que antes da pandemia apenas 5 (15,15 %) indivíduos apresentavam mais de 7 respostas sim no questionário SQR20. Quando indagados em relação ao momento atual, ou seja, 4 meses após o início da pandemia, 25 indivíduos (75,75%) apresentaram mais de 7 respostas sim, o que mostra um aumento de 60,6% no número de indivíduos com sofrimento mental.

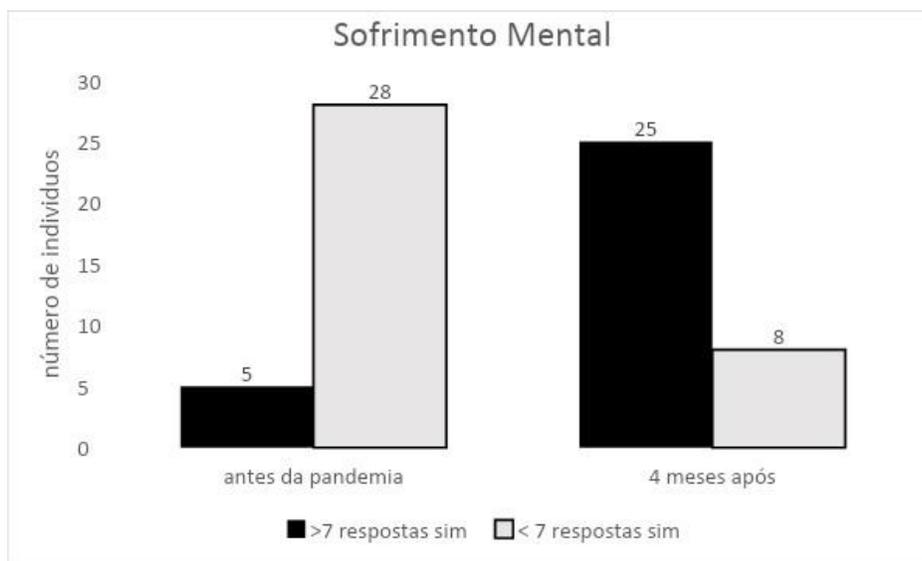


Figura 2: resultados referentes ao questionário SRQ20 (avaliação do sofrimento mental). Os números acima das colunas representam o número de indivíduos que apresentaram mais ou menos que 7 respostas sim.

## 6.2 UM ANO APÓS O INÍCIO DO ISOLAMENTO SOCIAL

Neste item será apresentado os resultados referentes aos três momentos analisados: 1 - antes da pandemia, 2 - quatro meses após o início da pandemia (momentos avaliados na primeira ligação) e 3 - um ano após o início da pandemia (momento analisado na segunda ligação, realizada oito meses após a primeira ligação). Vale ressaltar que, no terceiro momento, apenas onze indivíduos; dos que tinham participado anteriormente, conseguiram ser novamente contatados, dessa forma os resultados apresentados nesta seção são referentes a 11 indivíduos.

A tabela 5 mostra informações sobre o covid 19 no momento 1 ano após o início da pandemia.

Tabela 5. Informações gerais sobre COVID-19

INFORMAÇÕES SOBRE COVID	1 ANO APÓS		
FAMILIAR COM DIAGNÓSTICO	(58,3%) S	(41,%) N	
TEVE O DIAGNÓSTICO DE COVID	(0%) S	(100%) N	
TEM MEDO DE PEGAR COVID	(83,3%) MUITO	(16,7%) POUCO	(0%) NÃO TENHO
LAVA AS MÃOS QUANDO CHEGA EM CASA	( 100%) S	(0%) N	
USA MÁSCARA QUANDO SAI DE CASA	( 100%) S	(0%) N	

legenda: 1 ano após início da Pandemia, ligação realizada 8 meses após o primeiro contato. S: sim, N: não

Em relação a independência funcional, apesar de uma tendência à diminuição, não foi observado diferença significativa entre as avaliações (ANOVA para medidas repetidas  $p=0,35$   $f=4,0$ ) (figura 3).

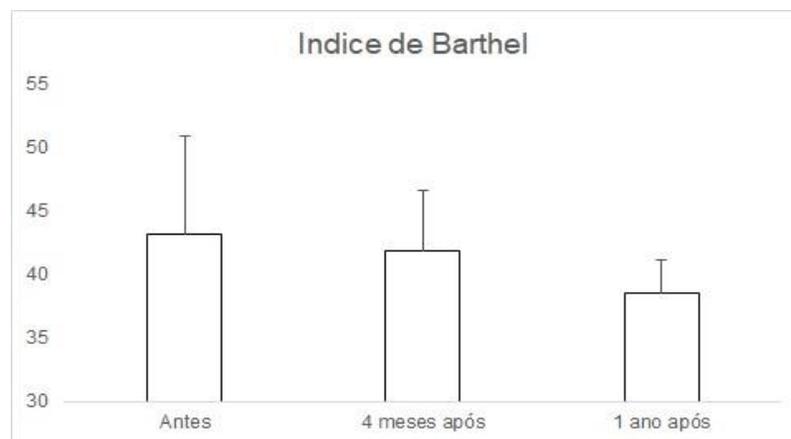


Figura 3: resultados referentes ao índice de Barthel (avaliação da independência funcional) nos momentos antes pandemia, 4 meses durante pandemia e 1 ano durante pandemia. Dados expressos em média e desvio padrão.

Anova de medidas repetidas  $p=0,35$   $f= 4,0$

A tabela 6 mostra os resultados da análise de QV dos onze indivíduos que participaram dos três momentos. Podemos observar que houve diferença significativa (ANOVA para medidas repetidas) nos domínios: função de membros superiores ( $p=0,03$ ) e ânimo ( $p=0,002$ ). Na função de membros superiores houve percepção de melhora entre os momentos 4 meses e 1 ano após (Bonferroni  $p= 0,04$ ). Em relação ao domínio ânimo houve uma percepção de piora de um ano após tanto em relação a antes (Bonferroni  $p=0,02$ ) como em relação a 4 meses após (Bonferroni  $p=0,003$ ) o início da pandemia.

Tabela 6: Resultados da avaliação dos diferentes domínios e da pontuação total do questionário de QV SS-QoL. Resultados expressos em média e desvio padrão.

Domínios do SSQOL	Média ± DP			ANOVA	post hoc Bonferroni		
	Antes	4meses após	1 ano após		antes X 4m	antes X 1a	4m X 1a
Mobilidade	21,45±2,9	21,36±3,5	18,90±3,47	$p=0,04$ $F=4,5$	$p=1$	$p=0,15$	0,06
Energia	13,18 ±5,9	9,27 ±5,44	11,90 ±5,7	$p=0,14$ $F=2,4$	$p=0,13$	$p=1,0$	$p=0,81$
Função MMSS	18,01 ±5,0	17,0 ±4,6	19,18 ±5,0	$p=0,03$ $F=5,3$	$p=0,07$	$p=0,38$	$p= 0,04$

**Pesquisas e Inovações em Ciências da Saúde e Biológicas: Produções Científicas Multidisciplinares no Século XXI, Volume 1**

Trab/produtividade	10,36 ±3,6	10,09±2,98	10,09 ±2,8	p=0,89 F=0,1	p=1,0	p=0,99	p=0,99
Ânimo	9,27 ±3,19	9,63 ±3,8	5,63 ±3,77	p=0,002 F=14,4	p=1,0	p=0,02	p=0,003
Cuidados pessoais	19,18±3,8	19,63±4,5	20,09±4,22	p=0,74 F= 2,99	p=0,99	p=1,0	p=0,98
Relações sociais	11,36±6,3	10,36±4,8	10,6±5,0	p=0,09 F= 0,09	p=1,0	p=0,97	p=0,99
Relação familiar	9,36±3,6	10,09±2,9	12,45±5,64	p=0,23 F=1,8	p=1,0	p=0,360	p=0,21
Visão	13,18±2,56	12,63±2,56	12,81±3,62	p=0,2 F=1,9	p=0,42	p=1,0	p=1,0
Linguagem	22,09±2,66	23,09±2,16	22,0±2,7	p=0,52 F=0,69	p=1,0	p=0,97	p=0,72
Modo de pensar	8,90±3,9	8,63±4,03	8,90±4,22	p=0,95F= 0,04	p=1,0	p=1,0	p=1,0
SSQOL* Total	148,1±27,8	152,3±26,4	133,4±22,1	p=0,38 F=1,07	p=1,0	p=0,46	p=1,0

legenda: SSQOL: Stroke Specific Quality of Life Scale; MMSS: membros superiores.

Dos 11 indivíduos que fizeram parte dessa análise, nenhum deles apresentou sofrimento mental antes da pandemia, porém, tanto 4 meses como 1 ano após, 7 indivíduos (63,63 %) apresentaram sofrimento mental. A análise estatística apontou diferença significativa em relação aos números de respostas sim (ANOVA para medidas repetidas  $p=0,025$   $f=5,75$ ). O teste post hoc de Bonferroni apontou diferença entre os momentos antes e 4 meses após ( $p=0,01$ ), antes e 1 ano após ( $p=0,26$ ). Não houve diferença entre os momentos 4 meses e 1 ano após ( $p=0,81$ ) (figura 4).

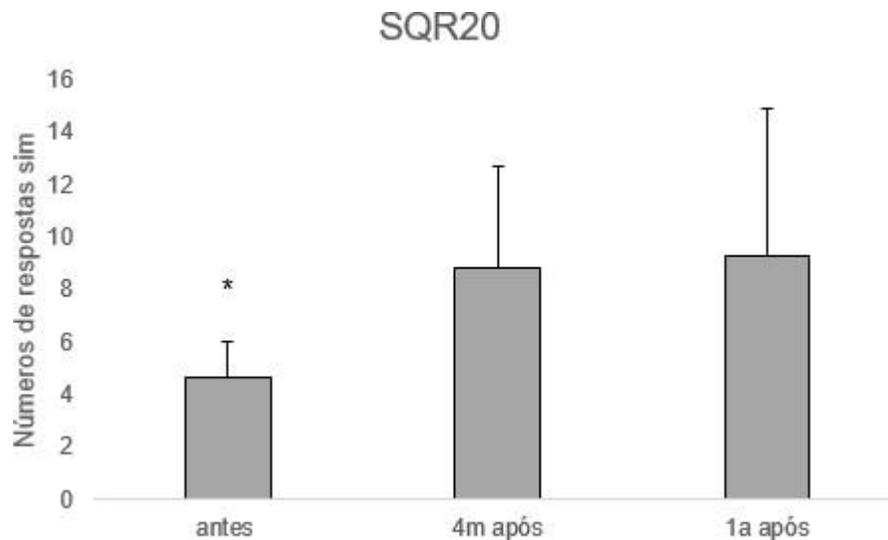


Figura 4: Resultados referente ao número de respostas sim no questionário SQR20. Valores expressos em média e desvio padrão. \* $p < 0,05$  diferente de 4m após e 1a após.

## 7. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar a independência funcional, a QV, e a saúde mental de indivíduos com sequelas de AVE, antes, quatro meses e um ano após o início da pandemia por COVID 19.

Nossos resultados não mostraram diferença significativa na funcionalidade dos indivíduos mesmo após 1 ano após do início da pandemia. Em relação a QV observamos diferença significativa após 4 meses de isolamento social nos domínios energia e visão. Após 1 ano verificamos diferença significativa nos domínios função de membros superiores e ânimo. A análise da saúde mental apontou diferença significativa tanto na avaliação de 4 meses como de 1 ano após em relação a antes da pandemia. Após 4 meses de isolamento houve um aumento de 60,6% no número de respostas sim no questionário SQR 20, o que mostra o aumento do número de pessoas com sofrimento mental.

O isolamento social pode ser o responsável pelo aumento do sofrimento mental. O estudo realizado por Marroquín e colaboradores (2020) nos Estados Unidos em fevereiro de 2020, com 435 indivíduos de 46 estados diferentes, apontou que 65,1% dos indivíduos que estavam em isolamento social relataram depressão, aumento do transtorno de ansiedade generalizada e estresse aumentado. O estudo de Taylor et al (2016) aponta que, mesmo antes

da pandemia, a falta de contato social era responsável pelo sofrimento mental de indivíduos idosos. No estudo de Taylor et al (2016) foi comparada a saúde mental de adultos idosos com redes sociais, sem redes sociais e o isolamento social, os autores sugeriram que o isolamento social foi associado a piores resultados de saúde mental entre os americanos mais velhos. Levando em consideração que em 2016 as pessoas conseguiam sair e ter uma vida sem restrições impostas pela pandemia, podendo ver familiares e amigos e o sofrimento mental já era maior em adultos idosos sem redes sociais, com a pandemia e com os resultados mostrados acima pode-se ver que, mesmo que os indivíduos tenham contato com internet através das redes sociais, o sofrimento mental aumentou significativamente, a QV pode também contribuir para esta ocorrência.

Apesar de não termos encontrado diferença significativa na funcionalidade dos indivíduos, avaliada pelo índice de Barthel, a avaliação da QV apontou uma piora nos 4 meses de pandemia início em relação a antes e uma melhora após 1 anos de pandemia percepção na funcionalidade dos membros superiores. Levando em consideração que o sofrimento mental pós AVE está associado ao baixo desempenho nas AVDs (Hackett et al., 2014), a piora da percepção de animo, embora não tenha piora da independência, as relações sociais e as tarefas executadas fora de casa podem dar mais animo, como por exemplo, as terapias em grupo que são eficientes não apenas para a parte física, mas também social do indivíduo. Podem não ter piorado da independência, pois continuam fazendo suas atividades em casa, porém há redução das relações sociais que podem influenciar no ânimo da pessoa.

Outro fator que pode ter sido responsável pelo aumento do sofrimento mental é o medo de pegar covid, além do medo de pegar covid embora nenhum dos participantes tenha contraído a doença, a porcentagem de familiares que foram infectados também aumentou, o que contribui para o aumento do medo e possivelmente do sofrimento mental, sendo que o número de pessoas que têm medo de pegar covid aumentou consideravelmente após um ano de pandemia. A associação entre fatores cognitivos e psicológicos, incluindo medo de adoecer, já foi relacionada à piora na QV em estudos anteriores. Shin e colaboradores (2017) apontaram papel significativo dos fatores cognitivos, afetivos e comportamentais no prejuízo da qualidade de vida física e psicológica em pacientes com doenças reumáticas. Segundo os autores, as crenças catastrofizantes da dor e do medo são fatores importantes ligados à deficiência física e à depressão (SHIN et al., 2017). Esses dados vão de encontro

com Rajkumar (2020) que relata que a pandemia pode ter efeitos graves na saúde mental da população em geral. E, de acordo com Giorgi e colaboradores (2020) além das implicações médicas ou econômicas, é essencial analisar o lado psicológico da pandemia e os fatores relacionados à saúde mental. Para os autores, os problemas psicológicos que surgirão depois que a fase de emergência aguda do coronavírus tiver passado não estão recebendo a atenção necessária. Corre-se, assim, o risco de outra “pandemia” em todo o mundo ligada ao desenvolvimento de possíveis transtornos mentais (GIORGI et al.,2020).

Como limitação de estudo apontamos o pequeno número de indivíduos participantes da pesquisa e o fato de nem todos terem sido reavaliados após 1 ano de pandemia. Novos estudos devem ser realizados com o intuito de avaliar a influência da pandemia na QV, funcionalidade e principalmente na saúde mental de indivíduos com sequela de AVE.

## **8 CONCLUSÃO**

Podemos concluir que a pandemia prejudicou a saúde mental dos indivíduos, tanto 4 meses como 1 ano após seu início. A QV apresentou piora nos domínios energia e visão após 4 meses e nos domínios função de membros superiores e ânimo após 1 ano de pandemia. A funcionalidade dos indivíduos não foi alterada.

## REFERÊNCIAS

AGHIKARI SP, MENG S, WU YJ, MAO YP, YE RX, WANG QZ, SUN C, SYLVIA S, ROZELLE S, RAAT H, ZHOU H. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020 Mar 17;9(1):29. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079521/> > . Acesso em: 22 Jun. 2020.

ARAÚJO F, RIBEIRO JLP, OLIVEIRA A, PINTO, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Portugal, v. 25, n. 2, p. 59-66, jul./dez. 2007. Disponível em; < <https://run.unl.pt/handle/10362/95522> >. Acesso em: 22 Jun. 2020.

BECK, MARCELO LUIS GRASSI; MAGALHÃES, JOSIANE. Exercícios físicos e seus benefícios à saúde mental: intersecções entre a educação física e a psicologia. *Rev. Fac. Educ. (Univ. do Estado de Mato Grosso)*, Vol. 28, Ano 15, Nº 2 p. 129-148, jul./dez. 2017. Disponível em:<[http://www2.unemat.br/revistafaed/content/vol/vol\\_28/Faed\\_28.pdf#page=129](http://www2.unemat.br/revistafaed/content/vol/vol_28/Faed_28.pdf#page=129)>. Acesso em: 30 Jun. 2020 .

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Acidente Vascular Cerebral (AVC). Disponível em: <<https://bvsm.s.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral/>> . Acesso em: 14 jul. 2021J

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2021.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Doença pelo coronavírus COVID-19. Ministério da saúde, Brasília, 23 de jun 2020. Disponível em : <<http://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/25/Boletim-epidemiologico-COVID-19-2.pdf>>. Acesso em: 29 de Jun. 2020.

COVID-19: 116.683 brasileiros recuperados. Ministério da saúde, Brasília, 20 de mai 2020. Disponível em : < <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46918-covid-19-116-683-brasileiros-recuperados> >. Acesso em: 29 de Jun. 2020.

PIASSAROLI, C. A. DE P., ALMEIDA, G. C. DE, LUVIZOTTO, J. C., & SUZAN, . A. B. B. M. (2012). Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. *Revista Neurociências*, 20(1), 128–137. Disponível em : < <https://doi.org/10.34024/rnc.2012.v20.10341> > .Acesso em: 29 Jun. 2020.

DORETTO, D. *Fisioterapia clínica do sistema nervoso: fundamentos da semiologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

SHIM EJ, HAHM BJ, GO DJ, LEE KM, NOH HL, PARK SH, SONG YW. Modeling quality of life in patients with rheumatic diseases: the role of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, physical disability, and depression. *Disabil Rehabil*. 2018 Jun;40(13):1509-1516. Disponível em : < <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2017.1300691>>. Acesso em: 29 Jun. 2020.

EZEMA CI, AKUSOBA PC, NWEKE MC, UCHWOKE CU, AGONO J, USORO G. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci*. 2019 Jan;29(1):841-846. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341441/> > .Acesso em: 29 Jun. 2020.

FRIEDLER, B; CRAPSER, J; MCCULLOUGH, L. One is the deadliest number: The detrimental effects of social isolation on cerebrovascular diseases and cognition. *Acta Neuropathologica*, v.129 n.4 p. 493-509 april ,2015.  
Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369164/> >. Acesso em: 01 Jul. 2020.

GILLEN R, TENNEN H, MCKEE TE, GERNERT-DOTT P, AFFLECK G. Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001 Dec. Disponível em: < [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(01\)69949-0/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(01)69949-0/fulltext)>. Acesso em: 01 Jul. 2020.

GIORGI G, LECCA LI, ALESSIO F, FINSTAD GL, BONDANINI G, LULLI LG, ARCANGELI G, MUCCI N. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 27. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663773/>> . Acesso em: 01 Jul. 2020.

GONÇALVES, DANIEL MAFFASIOLI, STEIN, AIRTON TETELBON E KAPCZINSKI, FLAVIO. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 2 [Acessado 26 Julho 2022] , pp. 380-390. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>>. Epub 01 Fev 2008. ISSN 1678-4464. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>>. Acesso 01 jul. 2020.

GUO YR, CAO QD, HONG ZS, TAN YY, CHEN SD, JIN HJ, TAN KS, WANG DY, YAN Y.

The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020 Mar 13. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068984/>>. Acesso em: 15 Jun.2020.

HACKETT ML, PICKLES K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2014;9:10. Disponível em: <[https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/ij.s.12357?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/ij.s.12357?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)>. Acesso em: 15 Jun. 2020.

ISLAM, NAZRUL, STEPHEN, J. SHARP, GERARDO CHOWELL, SHARMIN SHABNAM,

ICHIRO KAWACHI, BEN LACEY, JOSEPH M. Massaro, RALPH B. D'AGOSTINO, and

MARTIN WHITE. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *bmj* 370 (2020). Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m2743.full.pdf>>. Acesso em:14 Out.2020.

KIM, YUJEONG; LEE, EUNMI. The association between elderly people's sedentary behaviors and their health-related quality of life: focusing on comparing the young-old and the old-old. *Health Qual Life Outcomes*. V.17. 26 jul de 2019. Disponível em: <[10.1186/s12955-019-1191-0](https://doi.org/10.1186/s12955-019-1191-0)>. Acesso em: 30 de Jun .2020.

MARI JJ, WILLIAMS P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J. Chronic Dis*. 1986;39(5):371-7 .

MARROQUÍN B, VINE V, MORGAN R. Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Res*. 2020 Nov. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120315419?via%3Dihub>> Acesso em: 15 de jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Disponível em :<<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>>. Acesso em: 27 de Jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE ,Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. 2013. Disponível em:<[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf)>. Acesso em: 01 de Fev. 2021.

MINOSSO J, AMENDOLA F, ALVARENGA MR, OLIVEIRA MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2010, v. 23, n. 2 [Acessado 26 Julho 2022] , pp. 218-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>>. Epub 26 Maio 2010. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>. Acesso em: 16 Jun. 2020.

MUNIYAPPA, RANGANATH and SRIRA GUBBI. COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism* 318.5 (2020): E736-E741..Disponível em: <<https://doi.org/10.1152/ajpendo.00124.2020>> . Acesso em: 29 de Jun. 2020.

Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, Gualano B.. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2020 Jun 1;Disponível em: <[https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpheart.00268.2020?rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org](https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpheart.00268.2020?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org)> Acesso: 20 Agost. 2020.

PIRES, S; GAGLIARDI, R; GORZONI,M. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Set*. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500020>> . Acesso em: 14. Julho. 2020

Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Eisendle K. Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Jul- Aug. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196375/>>. Acesso em: 20 Agost. 2020.

RAJKUMAR R.P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J. Psychiatry*. 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066.>. Acesso 25 de Agost.

RANGEL, EDJA SOLANGE SOUZA, BELASCO, ANGÉLICA GONÇALVES SILVA E DICCINI. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação rev..*Acta Paulista de Enfermagem*. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf> >. Acesso 01/02/2021.

SANTOS, A.S. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para a Doença Cerebrovascular (SSQOL).

2002. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: < [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC\\_4669b0b301c1214a883d4018393da913](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_4669b0b301c1214a883d4018393da913)>. Acesso em: 20 de Agost. 2020

SANTOS, A. S. Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa. 2007. 109f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-28052007-145033/pt-br.php>>. Acesso em: 10 de Jun. 2020.

SHANMUGARAJ B, SIRIWATTANANON K, WANGKANONT K, PHOOLCHAROEN W.

Perspectives on monoclonal antibody therapy as potential therapeutic intervention for Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2020 Mar. Disponível em: <doi: 10.12932/AP-200220-0773>. Acesso em: 20 de Agost. 2020.

SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J. Clin. Epidemiol.*, [S.l ], v. 42, n. 8, p. 703-709, 1989. Disponível em: < [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0895-4356\(89\)90065-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0895-4356(89)90065-6)>. Acesso em: 12 de Abri. 2020.

SHINAR D, GROSS CR, BRONSTEIN KS, LICATA-GEHR EE, EDEN DT, CABRERA AR, et al. Reliability of the activities of daily livings Scale and its use in telephone interview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 1987;68:723–728.

TAYLOR HO, TAYLOR RJ, NGUYEN AW, CHATTERS L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *J Aging Health.* 2018 Feb. Disponível em: <Doi: 10.1177/0898264316673511.>. Acesso 30 de Jun. 2020.

TEYCHENNE M, STEPHENS LD, COSTIGAN SA, OLSTAD DL, STUBBS B, TURNER AI.

The association between sedentary behaviour and indicators of stress: a systematic review. *BMC*

*Public Health.* 2019 Oct 23;19(1):1357. doi: 10.1186/s12889-019-7717-x. PMID: 31647002;

PMCID: PMC6813058. Disponível em:< 10.1186/s12889-019-7717-x> . Acesso 30 de Jun. 2020.