

# Análises de desfechos clínicos centrados no paciente após Acidente Vascular Cerebral

*Taiza EG Santos-Pontelli*

Especialista em Fisioterapia Neurofuncional; Doutora em Neurociências; Pesquisadora pós-doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento – FMRP-USP; Gerente de Projetos Científicos da Rede Nacional de Pesquisa em AVC; Diretora na FMRP-USP do curso “Principles and Practice of Clinical Research-PPCR” - Harvard Medical School, EUA.

Estimativas recentes indicaram que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira maior causa de incapacidade no mundo medida pelo DALY (Disability Adjusted Life of Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade)<sup>1</sup>. O Brasil está incluído nesta estatística e possui expectativa de aumento da incidência do AVC nos próximos anos<sup>2</sup>. Por isso, a análise de parâmetros que possam contribuir para a tomada de decisão clínica é de extrema importância.

O principal objetivo terapêutico de qualquer profissional da saúde é obter melhora de desfechos clínicos que são importantes para o paciente, ou seja, desfechos clínicos centrados no paciente. Dentre estas medidas estão mortalidade, complicações, satisfação do paciente, qualidade de vida, função física e incapacidades. Diversas pesquisas têm investigado a relação dos déficits de força muscular de diferentes grupos musculares e os desempenhos funcionais após o AVC<sup>3</sup>. Destaca-se, neste contexto, a função dos membros superiores por ser um dos fatores mais relevantes para a qualidade de vida nesses pacientes<sup>4</sup>.

Uma pesquisa bem elaborada da relação entre força de preensão manual e capacidade funcional após AVC foi realizada por Silva *et al*<sup>5</sup> e publicada nesta Edição da Revista Neurociências. Neste estudo observacional analítico transversal, os autores avaliaram força de preensão manual (FPM) utilizando dinamometria, função sensório-motora pela escala de Fugl-Meyer, mobilidade funcional pela escala Timed Up and Go (TUG) e independência funcional através da Medida de Independência Funcional (MIF) em 35 pacientes com diagnóstico de AVC na fase aguda.

A análise dos resultados do estudo de Silva *et al* sugere não haver associação da FPM com a independência funcional, porém moderada associação negativa com a escala de mobilidade funcional e forte associação positiva com a função sensório-motora<sup>5</sup>. O fato da FPM

não ter sido associada à MIF não representa ausência de relevância desta única capacidade física para a capacidade funcional do paciente após AVC. Esta observação pode significar apenas que a capacidade funcional medida pela MIF representa o estado do paciente em diversos contextos o qual, conseqüentemente, é o resultado de uma diversidade de capacidades complementares. Os autores discutem que os achados corroboram com estudos anteriores que observaram a relação da FPM e desempenho funcional em idosos saudáveis<sup>5</sup>. Ademais, a identificação de que a FPM seja um fator referente à função sensório-motora tem o potencial de auxiliar a elaboração de estudos e estratégias de reabilitação neurológica em pacientes com AVC.

No contexto brasileiro, a literatura carece de estudos científicos com o desenho experimental de ensaio clínico controlado, duplo-cego e aleatorizado, mas também de estudos observacionais analíticos como o publicado nesta Edição. De acordo com a pesquisadora Dra. Greyce Lousana da Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica, “a qualidade dos estudos clínicos está diretamente ligada ao sucesso que tal tema poderá conquistar nos próximos anos”<sup>6</sup>. Espera-se que o estudo de Silva *et al*<sup>5</sup> e a Revista Neurociências sejam facilitadores do desenvolvimento de novas pesquisas clínicas, em especial de estudos bem desenhados que almejam a melhora desta enorme parcela da população que sofre com as consequências negativas do AVC.

## REFERÊNCIAS

1. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2014;383:245-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70089-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70089-5)
2. Lotufo PA, Goulart AC, Fernandes TG, Benseñor IM. A reappraisal of stroke mortality trends in Brazil (1979-2009). *Int J Stroke* 2013;8:155-63. <http://>

[dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00757.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00757.x)

3.Lang CE, Bland MD, Bailey RR, Schaefer SY, Birkenmeier RL. Assessment of upper extremity impairment, function, and activity after stroke: foundations for clinical decision making. *J Hand Ther* 2013;26:104-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2012.06.005>

4.Morris JH, van Wijck F, Joice S, Donaghy M. Predicting health related quality of life 6 months after stroke: the role of anxiety and upper limb dysfunction.

*Disabil Rehabil* 2013;35:291-9. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.691942>

5. Silva SM, Corrêa JCF, Braga CDS, Silva PFC, Corrêa FI. Relação entre a força de preensão manual e capacidade funcional após Acidente Vascular Cerebral. *Rev Neurocienc* 2015;23:74-80. <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2015.23.01.986.7p>

6.Lousana G. Pesquisa clínica no Brasil. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, 200p.