



QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM REABILITAÇÃO

Edja Solange Souza Rangel



Editora
Performance

Edja Solange Souza Rangel

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM REABILITAÇÃO

Arapiraca-AL
2025



Editora
Performance

© COPYRIGHT 2025 BY EDITORA PERFORMANCE

Diretora Editorial: Carla Emanuele Messias de Farias

Diagramação: Celiana Silva

Capa: Celiana Silva



Esta obra é licenciada sob uma Licença Creative Commons
Attribution-ShareAlike4.0 Brasil.

Reprodução proibida. Art. 184 do Código Penal e Lei 9.610 de 19 de Novembro de 1998.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R196q

RANGEAL, Edja Solange Souza. (autora)

BELASCO, Angélica. DICCINI, Solange. (orientadoras)

Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral em reabilitação. 1ª Edição. Editora Performance. Arapiraca. Fevereiro de 2025. Formato: 15x21. Papel: Pólen 80g.

p.110

ISBN: 978-65-5366-428-9



1. Qualidade 2. Vida 3. Pesquisa 4. Reabilitação 5. Cérebro

I. Título.

CDD 613

Índices para catálogo sistemático:
613– Saúde / nutrição – Prevenção

DEDICATÓRIA

A minha mãe que muito me incentivou emanando um impulso de coragem, garra e ânimo além de proporcionar uma avidez de persistência e positividade em minha vida.

A meu pai Inácio (in memoriam), responsável por minha existência.

A minha irmã, que vibra e torce por todos os acontecimentos em minha vida.

A tia Sebastiana, que muito colaborou zelando de meus filhos e esposo em minhas ausências.

Ao Bruno, meu companheiro de todos os momentos, por vivermos o processo desta pesquisa e a experiência da partilha e por sempre me estimular com atitudes racionais, equilibradas e sábias.

Aos meus rebentos, Elen e Bruninho, fontes inspiradoras de meu ser, por resignarem-se com as horas roubadas da convivência e por dividirem tantos momentos de dificuldades, alegria, lutas e conquistas.

À família de meu esposo, especialmente, tia Rangel e mais uma irmã em coração, Telma que estiveram muito presentes nesse crescer acadêmico com palavras carinhosas e acolhedoras.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me fazer acreditar nas horas em que me senti limitada.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Solange Diccini, por ter me aceitado e oportunizado o aprendizado e o crescimento, pela contribuição nas valiosas sugestões para melhor estruturar a pesquisa e estratégias rigorosas e disciplinares acadêmicas indispensáveis ao discente. Marcante e determinada, lembrar-me-ei de você com apreço por onde for...

À minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Angélica Gonçalves Belasco, pela disponibilidade, confiança e paciência que indicou várias vezes o melhor caminho, será guardada em minha memória por tudo o que representa....

À amiga Thaís,

Uma grande inesquecível estimuladora e companheira, sempre presente, quantos momentos partilhados, dificuldades, um comungar persistente. Quantas horas de estudo, quantas madrugadas, quantas leituras promissoras, viagens, hospedagens, que me proporcionaram sentimento de capacidade.

A amiga Ivone e irmã de coração, pelo cuidado e incentivo que sempre teve para comigo.

Às amigas Regina, Eli, Beth, por me sacudirem e pelo acolhimento com atitudes marcantes.

A todos os colegas e amigos de turma, pela alegria de ter convivido um período de incertezas e ajuda mútua.

Às amigas e Coordenadoras Silviane e Lorella, pelo apoio e incentivo carinhoso de que jamais esquecerei.

Aos amigos Evandro, Patrícia, Beto e Vinilza por também participarem e incentivarem-me ao dispensarem suas horas de lazer para me deixar na UNIFESP em detrimento das reuniões de estudo agendadas com meus professores.

Aos meus amigos, que também me incentivaram e dividiram minhas conquistas e dificuldades.

Ao Dr. André Santos, responsável pela validação do SSQOL no Brasil, pela gentileza e cordialidade dispensadas na troca de correspondências.

À Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL e UNIFESP, por proporcionarem meu crescimento acadêmico e transformação no fazer do enfermeiro desta cidade.

À Dr^a Rozângela que desde o início da tese disponibilizou carinhosa e sabiamente orientações para o desenvolvimento da pesquisa.

À Coordenação do Curso de Enfermagem, professora Cristiane e colegas do curso de graduação de enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, pela o estímulo e apoio.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UNIFESP, que me ajudaram e auxiliaram no desenvolvimento da tese.

À Professora Dra. Dulce, por também ser responsável pelo acréscimo de saber proporcionando mudanças no exercício do enfermeiro desta cidade.

À Secretaria Luisa da UNIFESP, que me ajudou com informações necessárias no desenvolvimento da tese com acolhimento e carinho prestados em sua sala.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação, Rita da UNIFESP que também me apoiou e instrumentalizou no processo de construção da tese, bem como orientou, sua formatação com zelo e destreza.

A todos meus colegas de trabalho, pelo enorme incentivo prestado.

À Direção Geral e de Enfermagem da Maternidade Escola Santa Mônica, pelo o reconhecimento e apoio prestados.

Aos pacientes,
razão desta pesquisa, pela paciência e colaboração prestadas, serei eternamente grata.

Aos profissionais do Posto de Saúde PAM Salgadinho e da Associação de Deficientes de Alagoas - ADEFAL, pela paciência e acolhimento que me proporcionaram.

Ao amigo Gutemberg, pelo empenho e dedicação ao me inserir na ADEFAL com tamanho cuidado acolhedor.

RESUMO

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica freqüente em adultos e idosos, causando mortalidade e incapacidades. O AVC pode levar a dependência em diferentes níveis, necessitando de reabilitação. Isto influencia de forma significativa a qualidade de vida destes pacientes. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida (QV) geral e específica de pacientes após AVC em reabilitação e correlacionar a QV específica com variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionais e de saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado em serviço de reabilitação Maceió-Alagoas, com pacientes de AVC maiores de 18 anos de idade e tempo de AVC superior a três meses. As informações coletadas foram sociodemográficas, econômicas, clínicas, o *Medical Outcome Study 36- item short-form health survey* (SF-36), o *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL), o Índice de Barthel (IB) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). **Resultados:** Participaram do estudo 139 pacientes, com idade em média foi de 59,4 anos e 59% eram do sexo masculino. Os escores mais comprometidos do SF-36 foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais. Os escores mais comprometidos do SSQOL foram: mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar e relação social. Pelo IB 49,6% apresentavam dependência moderada a severa e pelo IDB 49,7% tinham sintomas depressivos. Houve correlação positiva entre SSQOL, SF-36, IB e IDB. **Conclusão:** A QV geral e específica dos pacientes com AVC em reabilitação mostrou-se comprometida. As variáveis como maior grau de dependência do cuidador, número de AVC, gênero feminino, maior número de pessoas que dependiam da renda e presença de sinais disfóricos ou depressivos, responderam pela diminuição do escore total do SSQOL.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	13
1.2 EPIDEMIOLOGIA APÓS AVC	14
1.3 QUALIDADE DE VIDA	15
1.4 QUALIDADE DE VIDA REALCIONADA Á SAÚDE	16
1.5 Qualidade de vida e avc	17
1.6 Qualidade de vida e acidente vascular cerebral	19
1.7 Justificativa	20
2 OBJETIVOS	21
Objetivo Geral	21
Objetivos Específicos	21
3 MÉTODOS	22
3.1 Comitê De Ética E Pesquisa	22
3.2 Tipo De Estudo	22
3.3 Local E Período Do Estudo	22
3.4 Amostra	23
3.4.1 Critérios De Inclusão	23
3.4.2 Critérios De Exclusão	24
3.5 Instrumentos Utilizados Na Coleta De Dados	24
3.5.1 Variáveis Do Estudo	24
3.5.1.1 Variáveis Sociodemográficas E Econômicas	24
3.5.1.2 Variáveis Clínicas	25
3.5.1.3 Questionário Genérico de Qualidade de Vida (Sf-36)	25
3.5.1.4 Questionário Específico de Qualidade de Vida para Pacientes com AVC (SS-QOL)	26
3.5.1.5 Índice de Barthel (IB)	28
3.5.1.6 Inventário de Depressão de Beck (IDB)	28
3.6 Protocolo Do Estudo	28
3.7 Tratamento Estatístico	29
3.7.1 Cálculo Do Tamanho Da Amostra	29
3.7.2 Análise Estatística	29

4 RESULTADOS	32
4.1 Comparações do Stroke Specific Quality of Life Scale com variáveis sociodemográficas, econômicas e mórbidas	40
4.2 Comparações entre o Stroke Specific Quality of Life Scale e os instrumentos índice de Barthel	46
4.3 Análise de correlação entre o SSQOL e as variáveis utilizadas nas comparações de mais de duas categorias	48
4.4 Análise de correlação linear dos instrumentos Stroke Specific Quality of Life Scale com Medical Outcome Study 36- item short-form health survey, índice de Barthel e Inventário de depressão de Beck	49
4.5 Análise de regressão múltipla das variáveis e SSQOL	50
5 Discussão	54
6 Conclusão	64
7 Referências	65
8 Anexos	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica	6
Tabela 2 - Caracterização de AVC e comorbidades	6
Tabela 3 - Caracterização dos cuidador e AVD.....	6
Tabela 4 - Caracterização relacionada a reabilitação	6
Tabela 5 - SF- 36.....	6
Tabela 6- SSQOL.....	6
Tabela 7 - Índice de Barthel	6
Tabela 8 - Inventário de Depressão de Beck	6
Tabela 9 – Comparações SSQOI e variáveis sociodemográficas.....	6
Tabela 10 – Comparações SSQOL e comorbidades	6
Tabela 11 – Comparações SSQOL cuidador e reabilitação	6
Tabela 12 – Comparações entre SQOL e IB.....	6
Tabela 13 – Comparações SSQOI e IDB.....	6
Tabela 14 – Correlação SSQOL e variáveis sociodemográficas.....	6
Tabela 15 – Correlação entre SSQOL SF 36, IB e IDB.....	6
Tabela 16– Análise de regressão entre SSQOI e variáveis sociodemográficas.....	6
Tabela 17– Análise de regressão entre SSQOL, IDB e variáveis	6

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ADEFAL	Associação de Deficientes Físicos de Alagoas
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividade da vida diária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
DCV	Doença cérebro vascular
Http://	Protocolo de Transferência em
IB	Índice de Barthel
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Inventário de depressão de Beck
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
Posto PAM Salgadinho	Posto de Saúde de Atendimento Médico
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida relacionada à Saúde
R\$	Reais
SF_36	Short Form Health Survey
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SSQOL	Stroke Specific Quality of Life Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
URL	Uniform Resource Locator
www	<i>World Wide Web)</i>

1. INTRODUÇÃO

1.1 Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo ⁽¹⁾.

É definido como uma súbita perda da função encefálica em razão da interrupção do fluxo sanguíneo para uma determinada região encefálica. Pode ser dividido em dois tipos: acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) e acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH). Cerca de 85% dos casos de AVC são de origem isquêmica e 15%, hemorrágica. No AVCI, há diminuição do suprimento sanguíneo com menor oferta de oxigênio e glicose, para determinada região do encéfalo. No AVCH, ocorre uma ruptura de um ou mais vasos intracranianos, gerando extravasamento de sangue ao parênquima cerebral ou ao espaço subaracnóide.⁽²⁾ As seqüelas do AVC podem manifestar-se como comprometimentos motores; sensoriais, de linguagem, de deglutição, visuais e de coordenação motora.⁽³⁾

Os fatores de riscos mais importantes para o AVCI são: idade mais avançada, sexo masculino, raça negra, antecedente familiar de AVC, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, usos de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal, dislipidemias e doenças cardíacas.^(2,3)

A ocorrência de AVC é considerada uma emergência neurológica, pois o atendimento necessita ser realizado, preferencialmente, dentro da pequena janela terapêutica, de até 4h 30' após o início dos sintomas. Nesse período, é necessária a definição do tipo de AVC, como isquêmico ou hemorrágico, pois a conduta terapêutica difere, conforme sua natureza ^(4,2)

1.2 Epidemiologia do AVC

Na última década a incidência de AVC apresentou crescimento progressivo, sendo considerado um importante problema de saúde pública. É a segunda causa de morte no mundo e a principal de incapacidade funcional para as atividades de vida diária (AVD).⁽²⁾

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre os 15 milhões de pessoas no mundo, que apresentam AVC a cada ano, mais de 5 milhões morrem em decorrência da doença. Dos que sobrevivem, cerca de 10 milhões, metade ficará com sequelas físicas e/ou mentais, o que gera, enorme impacto econômico, social e familiar.⁽⁵⁾ Projeções realizadas, em 2007, sugeriram que, sem intervenções efetivas, o número de mortes por AVC poderia aumentar para 6,3 milhões, em 2015, e para 7,8 milhões em 2030. ⁽⁶⁾

Na população geral, a prevalência mundial de AVC é estimada entre 0,5% e 0,7%. ^(7, 8,9)

Em 2005, o registro de mortes secundárias às doenças circulatórias, mostrou que somente o AVC foi responsável por 5,7 milhões de casos. O que correspondeu a 10% do total de óbitos mundiais. Entretanto, a distribuição desses eventos ao redor do mundo é nitidamente desigual, pois 85% desses óbitos ocorreram em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço atingiu pessoas economicamente ativas. ⁽¹⁰⁾

A incidência de AVC duplica a cada década, após os 55 anos, e ocupa posição de destaque na população idosa. ⁽¹¹⁾

Outro fator preocupante é que vem ocorrendo cada vez mais em pessoas com faixa etária menor, ou seja, adultos e também já mostra aumento da incidência entre os adultos jovens. A ocorrência de AVC em indivíduos com idade inferior a 45 anos é diferente ao redor do mundo. Nos países europeus, a proporção corresponde a 5% do total de casos, nos Estados Unidos da América (EUA) entre 8% e 10%, e nos países subdesenvolvidos varia entre 20% e 30%.⁽¹²⁾

No Brasil, diversos estudos apontam o AVC como a principal causa de óbito, quando comparado a outras doenças. ^(2,13-19) Embora

a tendência mundial de queda na mortalidade geral, a partir de 1970, no universo das patologias vasculares a participação do AVC venha aumentando e em nosso País há discrepância nesse aspecto, entre as diversas regiões. Estudos epidemiológicos apontam taxas de letalidade, secundárias ao AVC, de 26% em pacientes internados em Joinville e cerca de 50%, em Salvador.^(12,20)

O número de internações hospitalares no Brasil por AVC, entre agosto de 2009 e 2010, foi de 246.415. Em Alagoas, este número correspondeu a 3.766, considerando uma população de 3.085.053 habitantes e, em Maceió de 1.477 internações para uma população de 941.294 habitantes. Em 2007, o número de óbitos por doença cerebrovascular, em Alagoas, foi 1.779 e, em Maceió, 539.⁽²¹⁾

1.3 Reabilitação após Acidente Vascular Cerebral

Nas populações ocidentais, o AVC é a principal causa de deficiência física e os sobreviventes representam o maior contingente em reabilitação.⁽²²⁾

Este é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e sobretudo educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, a reintegração na família, comunidade e sociedade.⁽²³⁾

A neuroplasticidade ou a plasticidade cerebral aprimorou o conceito de reabilitação neurológica, que é a capacidade do cérebro estimular neurônios saudáveis de outras áreas, para substituir aqueles comprometidos pelo AVC. Existem diversas técnicas para estimular a neuroplasticidade após uma lesão encefálica que constituem as terapias de reabilitação que podem promover a reabilitação física, cognitiva, psicológica e social do indivíduo.^(4 24)

Revisão sistemática baseada em estudos randomizados desenvolvidos em centros ambulatoriais mostra que a realização de reabilitação, durante pelo menos um ano após o AVC, melhorou a capacidade para atividades de vida diária (AVDs) e diminuiu o risco de deterioração para incapacidade.⁽²⁵⁾

Outra metanálise sugere que a velocidade de recuperação funcional aumenta na fase crônica após AVC, se a terapia de reabilitação for contínua.⁽²⁶⁾

A terapia da reabilitação melhora não só o aspecto físico, como também a função social e períodos contínuos de reabilitação são necessários para manter o nível de recuperação de pacientes com AVC prévio.⁽²⁷⁾

A reabilitação classicamente é composta por intervenções e adaptações que visam a manter as AVDs e o estilo de vida dos pacientes. Seus objetivos são prevenir agravos e perdas funcionais. Outros aspectos importantes que podem ser atingidos com a reabilitação são: o envolvimento e participação dos familiares e/ou cuidadores, a participação ativa e a aprovação das propostas pelo paciente, maior adesão ao tratamento e a possibilidade da equipe detectar os aspectos culturais e psicossociais do paciente, podendo com isso preservar a identidade de cada um no ambiente onde ocorre a reabilitação.⁽²⁸⁾

1.4 Qualidade de vida

No Brasil, a saúde ainda apresenta um perfil epidemiológico marcado pela heterogeneidade, o que pode ser explicado em parte pela distribuição desigual da riqueza, inadequação aos avanços científicos e tecnológicos, iniquidade no acesso a assistência à saúde e desigualdade nas condições de desenvolvimento humano, caracterizadas por grandes diferenças regionais das classes sociais.^(29,30)

Diferenças sociais e individuais têm gerado o interesse de pesquisadores na área da qualidade de vida (QV). Entretanto, trata-se de um termo que não tem uma definição consensual entre estudiosos.⁽³¹⁾

O conceito de QV passou a ser valorizado a partir da Segunda Guerra Mundial para se referir à “boa vida” com ênfase na aquisição de bens materiais.⁽³²⁾

A palavra qualidade é derivada do latim (*qualitate*) e tem significado de propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capazes de distingui-las e de lhes determinar a natureza. O termo vida também derivado do latim (*vita*) traduz estado ou condição dos organismos que se mantêm em contínua atividade, desde o nascimento até a morte. ⁽³²⁾

Conforme a visão aristotélica, a vida com qualidade referia-se aos sentimentos relacionados à felicidade, realização e plenitude. ⁽³³⁾

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), conceituou a QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição engloba seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. ⁽³³⁾

1.5 Qualidade de vida relacionada à Saúde

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um subconjunto do termo mais amplo de QV e recebe essa especificação por incluir os domínios físico, psicológico e social relacionados à saúde. Assim, qualidade de vida não inclui somente o conceito de saúde, abrange também outros aspectos importantes da vida de uma pessoa, como rendimentos, liberdade, ambiente, aspectos espirituais/religiosos, entre outros. ⁽³⁴⁾

Estudo mostra que a avaliação da QVRS possivelmente iniciou-se em decorrência de três fatores. O primeiro, foi o avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para recuperação da saúde e prolongamento da vida; o segundo, a mudança do panorama epidemiológico das doenças, e o perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas e o terceiro, foi a tendência de mudança da visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como um agente social. ⁽³³⁾

Os estudos de QVRS buscam resultados de interesse para o paciente, contrastando com as medidas fisiológicas utilizadas nos modelos que estão centrados na doença, que oferecem informações do tipo de sinais e sintomas para os clínicos, mas, como regra, são de pouco interesse aos pacientes. Adicionalmente, as medidas fisiológicas correlacionam-se pobremente com a capacidade funcional e bem estar; áreas de interesse dos pacientes e seus familiares. ⁽²⁰⁾

Tendo essas prerrogativas em mente, é imperativo, para início deste novo século, questionar como o paciente está se sentindo, em lugar de investigar como os médicos, baseados em medidas clínicas, acham que ele deva estar se sentindo. Medidas isoladas de resposta clínica ou taxa de sobrevida podem não ser mais suficientes para as pessoas tratadas por doenças crônicas ou com risco de vida. ⁽²⁰⁾

A avaliação da QVRS representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as consequências das doenças e tratamentos, conforme a percepção subjetiva do paciente, resultando em diferentes níveis de avaliação. ⁽³²⁾

Para viabilizar a avaliação da QVRS, são construídos instrumentos psicométricos que, em sua grande maioria, foram formulados na língua inglesa, direcionados para utilização na população que fala esse idioma. Portanto, para que possam ser usados em outro idioma devem seguir normas preestabelecidas na literatura para sua tradução e, posteriormente, suas propriedades de medida devem ser adaptadas e validadas para o contexto cultural específico. ^(35,36)

As diversas manifestações das doenças reforçam a importância de um instrumento capaz de aferir a QVRS, levando em consideração não só a doença, mas também o tratamento. Especial atenção deve ser dada ao AVC por ser uma doença frequente e de grandes consequências sociais, familiares e econômicas. ^(37, 38, 39) Pessoas vítimas de AVC são afetadas, não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades, mas também pela impossibilidade de voltar ao trabalho, o que determina forte declínio

no bem-estar global. O trabalho é importante não só para sobrevivência, como também para o autoconceito, status social e relações sociais. ⁽⁴⁰⁻⁴⁶⁾

1.6 Qualidade de vida e acidente vascular cerebral

Estudos sobre qualidade de vida têm particular importância na neurologia ⁽²⁰⁾. Entre os indivíduos que sobrevivem ao AVC, 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional; 37% mostram discreta alteração, mas são capazes de manter o autocuidado; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capazes de andar sozinhos, porém necessitam de ajuda para a vestimenta; 32% demonstram alteração intensa ou grave da capacidade funcional, precisando de ajuda para deambular e para o auto cuidado. Destes alguns permanecem dependentes de cadeira de rodas ou restritos ao leito. ⁽⁴⁸⁾

O AVC pode provocar alterações e/ou sequelas incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, à espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização de AVDs, aos cuidados pessoais, às atividades simples, como: lavar pratos, cozinhar, ler, fazer compras, realizar visitas, serviços da casa, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer. ^(20,48) Todas as possíveis consequências relacionadas ao AVC podem tornar os pacientes dependentes em diferentes níveis, causando isolamento social, desestruturando suas vidas e de seus familiares, além de influenciar de forma significativa sua qualidade de vida. ⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ O AVC é a maior causa de perda da funcionalidade entre adultos, e é a mais grave entre os idosos. ^(52,53)

Existem muitas pesquisas internacionais que abordam a questão da QV e funcionalidade após o AVC, ^(52-,58) porém, no Brasil os estudos são ainda incipientes. Ao contrário de outras doenças incapacitantes, o início do AVC é súbito e atinge o indivíduo e a família despreparados para lidar com as sequelas. ⁽⁵⁹⁾, sendo uma das principais causas de aposentadoria por invalidez. ⁽⁶⁰⁾

Algumas pessoas adaptam-se à presença de incapacidades graves causadas pelo AVC. Outras, mesmo com comprometimento neurológico discreto, não se ajustam à nova situação e apresentam grandes limitações funcionais. ⁽²⁰⁾

Alguns estudos de QV em pacientes com AVC utilizam instrumentos de QV genéricos e específicos, no momento da admissão, durante a reabilitação e com 6 meses ou mais depois da reabilitação. A maioria apresenta domínios com maior comprometimento na admissão, e os realizados durante a reabilitação mostram variação dos escores, com melhora de alguns domínios. Mas alguns autores descrevem que os domínios mais afetados são: função física, papel emocional, papel social, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. O domínio menos comprometido tem sido a dor. ^(27, 49, 61,62)

1.7 Justificativa

Embora existam estudos prévios que demonstrem a importância dos programas de reabilitação que podem ajudar os sobreviventes do AVC a melhorar e manter a função física, estas intervenções, focadas unicamente no restabelecimento da função física sem considerar toda sua abrangência, são insuficientes para melhorar a qualidade de vida. ⁽⁵⁴⁾

O interesse pela pesquisa surgiu da possibilidade de contribuir com uma melhor compreensão do impacto que o AVC pode proporcionar à QV dos pacientes assistidos nos programas de reabilitação desta cidade e conhecer fatores associados mais relevantes na expectativa de que os resultados possam subsidiar futuros estudos.

Uma vez que os programas de reabilitação de alta e média complexidades de Maceió-Al já oferecem assistência aos pacientes com sequelas de AVC, resolvemos investigar a QV dos assistidos nesses programas.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida geral e específica de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação.

Objetivos específicos

- Associar a qualidade de vida específica e variáveis sociodemográficas de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação.
- Analisar a correlação entre qualidade de vida específica e o índice de Barthel de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação;
- Relacionar a qualidade de vida específica e o Inventário de Depressão de Beck de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação; e
- Correlacionar a qualidade de vida específica com variáveis sociodemográficas e clínicas funcionais de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação.

3. MÉTODOS

3.1 Comitê de Ética em Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL em Maceió – Alagoas, Protocolo nº 983 (Anexo 1) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Protocolo nº 1446/09. (Anexo 2).

Os pacientes participantes da pesquisa foram orientados quanto a seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

3.2 Tipo de estudo

O desenho do estudo foi do tipo transversal analítico.

3.3 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 4), e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), ambos na cidade de Maceió – Alagoas (Anexo 5) no período de novembro de 2008 a maio de 2009.

O PAM Salgadinho é um serviço ambulatorial público de assistência multiprofissional que atende diversas especialidades. Os serviços de Medicina Física e Reabilitação dispõem de equipe multiprofissional, composta por médicos fisiatras, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. É referência para atendimentos de média complexidade no Estado de Alagoas. O programa absorve demandas de pacientes com patologias

nerológicas, ginecológicas, ortopédicas, reumatológicas e dor crônica nas diversas faixas etárias.

O fluxo de entrada do paciente no programa ocorre com base no encaminhamento médico ou de outros profissionais de saúde. Inicialmente, o paciente passa em consulta com o enfermeiro e depois com o fisiatra.

O serviço disponibiliza consultas com cada profissional, atividades em grupos, atendimento interdisciplinar, acupuntura, aplicação de toxina botulínica atividades recreativas e de lazer, atividades com computador, aulas de relaxamento e confraternizações.

O outro local de coleta dos dados foi a Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), que é referência no Estado, para atendimento ambulatorial de alta complexidade, recebe demandas de pacientes com patologias neurológicas, ortopédicas, reumatológicas, dor crônicas e auditivas. Possui espaço com piscina e disponibiliza transporte para pacientes com limitação de locomoção. Também dispõe de equipe multidisciplinar semelhante ao outro Centro, acrescida de educador físico. Possui similar descrição ao programa anterior, e oferece ainda órteses, aparelhos auditivos, cadeiras de rodas e muletas.

3.4 Amostra

A amostra do estudo constituiu-se de pacientes com acidente vascular cerebral, conforme os critérios de inclusão e exclusão abaixo relacionados.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Os pacientes com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, com tempo de AVC superior a 3 meses⁽⁶²⁾ e em programa de reabilitação foram incluídos.

3.4.2. Critérios de Exclusão

Os pacientes com afasia, surdez ou diminuição importante na audição que pudesse comprometer o entendimento e distúrbio cognitivo que impedisse a compreensão da pesquisa foram excluídos.

3.5 Instrumentos utilizados na Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram usados os seguintes instrumentos: questionário contendo informações sociodemográficas, econômicas e clínicas dos pacientes (Anexo 6); questionário genérico de qualidade de vida (*Medical Outcome Study 36- item short-form health survey SF-36*) (Anexo 7); instrumento específico de qualidade de vida para pacientes com AVC (*Stroke Specific Quality of Life Scale -SSQOL*) (Anexo 8); Índice de Barthel (IB) (Anexo 9) e Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Anexo 10).

3.5.1 Variáveis do Estudo

3.5.1.1 Variáveis Sociodemográficas e Econômicas

As variáveis sociodemográficas e econômicas coletadas foram: idade (anos); cor da pele (parda, negra, branca ou amarela); gênero (masculino, feminino); grau de escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e superior); renda mensal familiar (em salários mínimos); número de dependentes da renda mensal familiar; origem da fonte de renda (benefício, aposentadoria, aluguel e doação); estado civil (solteiro, casado, divorciado ou viúvo); presença ou ausência de cuidador, grau de parentesco do cuidador, grau de dependência do paciente em relação ao cuidador para as Atividades de Vida Diária (AVDs) (não dependente, parcial dependente e totalmente dependente)⁽⁵⁵⁾; tipo de transporte utilizado

pelo paciente para acesso ao serviço de reabilitação (ambulância, carro próprio, ônibus, taxi e de cadeiras de rodas (Anexo 6).

3.5.1.2 Variáveis Clínicas

As seguintes variáveis clínicas foram coletadas: antecedentes patológicos; número total de comorbidades; início de reabilitação após o AVC (meses); tempo de reabilitação (meses); classificação do AVC (isquêmico ou hemorrágico); número de AVCs; tipos de sequelas (motora, fala, ou motora e fala), hemisfério cerebral afetado (direito ou esquerdo) e tempo de duração do AVC (meses). (Anexo 6).

3.5.1.3 Questionário Genérico de Qualidade de Vida (SF-36)

O questionário genérico de avaliação da qualidade de vida - SF-36 (*Medical Outcome Study 36- item short-form health survey*)⁽⁶⁴⁾ é um instrumento que avalia a percepção de qualidade de vida em saúde (Anexo 7). É composto por 36 itens, distribuídos em oito dimensões ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos emocionais (3 itens), aspectos sociais (2 itens), saúde mental (5 itens) e um item comparando estado de saúde atual e há um ano (que é computado à parte). Os escores de cada domínio podem variar de zero (pior estado) a 100 (melhor estado). No Brasil, o questionário foi traduzido, validado e adaptado culturalmente.⁽⁶⁵⁾

Cada domínio do SF 36 possui escore único, não existindo um escore total.^(66,67) A descrição dos oito domínios está listada à seguir:⁽⁶²⁾

Capacidade funcional. Esta dimensão é composta por dez itens e avalia as limitações para a realização de atividades, em decorrência da condição de saúde; o grau de dificuldade (muita dificuldade, pouca dificuldade ou nenhuma dificuldade) para realizar atividades que requerem muito esforço até atividades de autocuidado

como: praticar esportes, varrer o chão, levantar e carregar compras de supermercado, subir escadas, inclinar ou curvar o corpo, caminhar e tomar banho.

Aspectos físicos. Os quatro itens que compõem esta dimensão abordam limitações, em razão de problemas físicos, tipo e quantidade de trabalho ou outras atividades, bem como o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho ou outras atividades do paciente.

Dor. Avalia a intensidade da dor e a extensão ou sua interferência no trabalho habitual, doméstico ou fora de casa.

Estado geral de saúde. Avalia o estado atual e global de saúde da pessoa.

Vitalidade. Avalia o nível de energia e de fadiga do indivíduo.

Aspectos sociais. Domínio composto por dois itens que avaliam a interferência dos problemas físicos e emocionais nas diferentes atividades sociais, na tentativa de analisar a integração do indivíduo nessas atividades.

Aspectos emocionais. Os três itens que compõem esta dimensão avaliam as limitações, em razão de problemas emocionais, tipo e quantidade de trabalho e se essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades habituais da pessoa por causa da saúde emocional.

Saúde mental. Esta dimensão avalia ansiedade, depressão, perda de controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico, por meio de cinco itens.

3.5.1.4 Questionário Específico de Qualidade de Vida para Pacientes com AVC (SS-QOL)

O instrumento específico *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SS-QOL)⁽⁶⁸⁾, foi originalmente desenvolvido na versão inglesa, sendo válido e confiável para medir alterações da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), específicas para doenças cerebrovasculares (Anexo 8). Este instrumento apresentou excelente

validação de conteúdo, pois foi desenvolvido pautado nas informações oferecidas por pacientes com doença cerebrovascular. Quando comparado a outros instrumentos genéricos de medida de qualidade de vida, o SS-QOL demonstrou maior cobertura das funções tipicamente mais afetadas.⁽⁶⁸⁾

O SS-QOL, traduzido e validado para a língua portuguesa⁽²⁰⁾, compreende 49 itens, subdivididos em 12 domínios, e duas partes. A primeira contempla uma lista de perguntas que questiona o grau de dificuldade do paciente quanto à: mobilidade (M), função do membro superior (FM), trabalho/produktividade (T), visão (V), linguagem (L) e cuidados pessoais (CP). A segunda parte apresenta uma lista de afirmações sobre a qual o paciente deve opinar: energia (E), ânimo (A), modo de pensar (MP), comportamento (C), relações sociais (RS) e relações familiares (RF). A pontuação das respostas é realizada, mediante uma escala de pontos de Likert que varia de 1 a 5. O escore mínimo é de 49 pontos e o máximo de 245 pontos. A maior pontuação obtida indica melhor qualidade de vida e a menor, pior qualidade de vida.

Estudo realizado na Alemanha, de tradução e validação do instrumento SSQOL, definiu como baixa qualidade de vida os escores abaixo de 60% desse questionário. O mesmo critério foi utilizado na análise dos escores do presente estudo.⁽⁶⁹⁾

Nos domínios referentes à primeira parte, incluindo: mobilidade (M), função do membro superior (FM), trabalho/produktividade(T), visão (V), linguagem (L) e cuidados pessoais (CP), as respostas podem ser: (1) impossível realizar; (2) muita dificuldade; (3) alguma dificuldade; (4) pouca dificuldade; (5) sem qualquer dificuldade. Para a segunda parte, que engloba os domínios energia (E), ânimo (A), modo de pensar (MP), comportamento(C), relações sociais (RS) e relações familiares (RF), as possíveis respostas são: (1) concordo muito; (2) concordo parcialmente; (3) não concordo nem discordo; (4) discordo parcialmente e (5) discordo muito.⁽²⁰⁾

3.5.1.5 Índice de Barthel (IB)

O Índice de Barthel⁽⁷⁰⁾ (IB) é uma medida que avalia a independência funcional, amplamente usada para pacientes com doença cerebrovascular ou com outras condições neurológicas (Anexo 9). Compreende dez itens que avaliam: alimentação, banho, cuidado pessoal, capacidade de vestir-se, ritmo intestinal e urinário, uso do banheiro, transporte, mobilidade e subir escadas. A pontuação varia de zero a 100, sendo considerada dependência severa para realização de AVD's escores menores que 45 pontos; dependência grave entre 45 e 59 pontos; dependência moderada entre 60 e 80 pontos e dependência leve entre 81 e 100 pontos.

3.5.1.6 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

O inventário de depressão de Beck⁽⁷¹⁾(IDB) consiste de 21 itens que incluem sintomas e atitudes. Cada questão é formada por quatro alternativas que descrevem traços que caracterizam sintomas depressivos. As respostas variam entre zero (ausência de sintomas) a três (sintomas depressivos mais acentuados). Referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Para avaliação de pacientes sem diagnóstico estabelecido de depressão, são considerados: até 15 pontos, sem sintomas depressivos; entre 16 e 20 pontos, sintomas disfóricos e acima de 20 pontos, sintomas depressivos evidentes.

3.6 Protocolo do Estudo

A inclusão dos pacientes deu-se com base no banco de dados encontrados nos serviços onde foram selecionados. Estes foram convidados a integrar o estudo, por meio de contato pessoal,

realizado pelo pesquisador nos serviços e por telefone. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram agendados para entrevistas nos serviços de reabilitação, nos mesmos dias, em que realizavam as atividades de reabilitação. Durante a entrevista, foram explicados os objetivos da pesquisa e após o aceite para participação da mesma, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinado.

O pesquisador aplicou os cinco instrumentos, lendo-os e escrevendo as respostas obtidas dos pacientes. A coleta de dados ocorreu em sala fechada com cadeiras e ambiente adequado para a entrevista. A aplicação dos questionários iniciou-se pelo instrumento contendo os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos na sequência o SF-36, SSQOL, IB e IDB. Algumas informações também foram obtidas nos prontuário dos pacientes quando estes não sabiam a informação.

3.7 Tratamento Estatístico

3.7.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi consultada a base de dados no site: <http://www.datasus.gov.br>, SIH/ SUS, em março 2008, selecionando o número de internações em hospitais públicos e privados por AVC isquêmico e hemorrágico agudo, no período de janeiro a dezembro 2007, na cidade de Maceió-Alagoas. Foram registradas 1.231 internações, e à apoiada neste número foi aplicada a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra, utilizando um erro amostral tolerável de 0,08 e considerando 1.231 internações, o tamanho da população que foi definido com 139 pacientes.

3.7.2 Análise estatística

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel® 2003.

Na análise estatística, o intervalo de confiança foi considerado 95%, tendo em vista, ser um padrão para diminuir ao máximo um erro aleatório. Pois, em um estudo livre de vieses, existe uma probabilidade de 95% de que o intervalo inclua a magnitude real do efeito clínico da intervenção sob investigação. ⁽⁷²⁾

As seguintes análises foram realizadas:

- Análise descritiva das variáveis qualitativas com apresentação das frequências absolutas (n) e das relativas (%). Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas como medidas de posição (média, desvio-padrão, mediana e variação) para apontar a variabilidade;
- Teste t - Student foi empregado para comparação dos domínios do SSQOL para duas categorias de respostas (masculino e feminino), considerando um nível de significância de 5%, foi considerado haver diferença, estatisticamente significativa, quando o valor de p fosse menor que 0,05;
- Análise de variância (ANOVA) foi o teste utilizado para comparação do SSQOL e as variáveis com mais de três categorias de respostas, exemplo (grau de escolaridade: superior, sem estudo, fundamental completo, médio incompleto). Para utilização do teste, foi verificado se, para cada variável, as variâncias eram homogêneas entre os grupos. Quando não foi verificada homogeneidade das variâncias, foi feito o ajuste pelo teste de Brown- Forsythe (BF). Havendo diferença entre as medidas, foram realizadas comparações múltiplas (comparação de medidas duas a duas) através do teste de Bonferroni para identificar quais apresentavam diferenças entre si. Para estas comparações também foi considerado um nível de significância de 0,05;
- O Coeficiente de correlação de Pearson foi usado para verificar a existência de correlação entre os domínios do

SSQOL e as variáveis quantitativas, e SSQOL com os instrumentos SF-36, IB e IDB. Sabe-se que quanto mais próximo de 1 ou -1 , mais forte a correlação. Foram adotados os seguintes critérios de classificação dos coeficientes de correlação: **grau moderado** (de 0,5 a menor do que 0,70), **alto grau de correlação** (valores de 0,70 ou superior).

- Análise de regressão múltipla foi realizada entre SSQOL e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas e SSQOL e instrumentos SF-36, IB e IDB que apresentaram uma associação de correlação pelo menos moderada. O processo de seleção destas variáveis foi pelo do Stepwise que inclui no modelo variáveis com significância e exclui aquelas sem significância. O R^2 aponta a qualidade de ajuste do modelo, assim, quanto mais próximo de 1 melhor o ajuste.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$). O aplicativo empregado foi o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0. Nas apresentações dos resultados, foram usadas tabelas .

4. RESULTADOS

No período de novembro de 2008 a maio de 2009, foram selecionados 181 pacientes com AVC em reabilitação nos serviços no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL) de Maceió - Alagoas.

Do total de pacientes selecionados para o estudo foram incluídos 139 e excluídos 42. No PAM Salgadinho, foram selecionados 82 pacientes e destes foram incluídos 69 (84,1%) e excluídos 13 (15,9%): 2 (2,4%) por óbitos e 11(13,4%) por limitações na fala, audição e/ou função cognitiva que comprometiam a comunicação na coleta de dados. Na ADEFAL, dos 99 pacientes selecionados, 70 (70,7%) foram incluídos e 29 (29,3%) excluídos: 1 (1,0%) por recusar a participar do estudo e 28 (28,2%) por limitações na fala, audição e/ou função cognitiva que impediam a entrevista.

Nos dados da Tabela 1, estão listadas as características sociodemográficas e econômicas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas.

Características Sociodemográficas e Econômicas (n = 139)	Pacientes n %	
Gênero		
Masculino	82	59,0
Feminino	57	41,0
Cor de Pele		
Amarela	1	0,7
Branca	17	12,3
Negro	28	20,1

Resultados

Parda	93	66,9
Idade (anos) (Média, DP)	59,4 ± 11,0	
Escolaridade		
Analfabeto	38	27,4
Fundamental	82	59,0
Médio	12	8,6
Superior	7	5,0
Renda		
Sem renda	16	11,5
1 salário mínimo	94	67,6
Mais de 1 salário mínimo	29	20,9
Origem da renda		
Aposentado e benefício	118	84,9
Ativo	4	2,9
Outros	3	2,2
Sem renda	14	10,0
Nº de pessoas dependente da renda (Md, Max-min)	3 (1 – 14)	
Situação conjugal	82	59,0
Casado	14	10,1
Solteiro	16	11,5
Divorciado	27	19,4
Viúvo		
Tipo de moradia	3	2,2
Abrigo	7	5,0
Apartamento	127	91,4
Casa	2	1,4
Outro		
Reside mesmo local depois do AVC	120	86,3
Sim	19	13,7
Não		

Md = Mediana. Max = valor máximo. Min = valor mínimo. DP = desvio padrão.
 AVC = acidente vascular cerebral

Resultados

Os dados da Tabela 1 mostram que, dos 139 participantes, 59% eram do sexo masculino, 66,9% eram de cor parda, 59% possuíam Ensino Fundamental, a idade média era de 59,4 anos, 67,6% recebiam um salário mínimo e uma mediana de três pessoas dependentes dessa renda.

Os dados da Tabela 2 apresentam o número de comorbidades e características dos pacientes em relação ao tempo de AVC e de reabilitação, classificação, número de AVCs, tipo de sequela e lado do corpo afetado pelo AVC.

Tabela 2 – Comorbidades e características de AVC dos pacientes em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas.

Comorbidades e Características do AVC (n = 139)	Pacientes	
	n	%
Número de comorbidades		
1	63	45,3
2	54	38,9
3	20	14,4
4	2	1,4
Tempo de AVC (meses) (Md, Max-min)	21 (3 - 316)	
Tempo de reabilitação (meses) (Md, Max-min)	12 (4 - 112)	
	3 (1 - 36)	
Tempo de início da reabilitação após AVC (meses) (Md, Max-min)	116	83,5
Classificação do AVC	23	16,5
Isquêmico		
Hemorrágico	1 (1 - 4)	
Números de AVCs (Md, Max-min)		
Lado afetado pelo AVC		
Direito	66	47,5

Resultados

Esquerdo	69	49,6
Direito e esquerdo	4	2,9
Tipo de seqüela		
Motora	74	53,2
Motora e fala	65	46,8

Md = Mediana. Max = valor máximo. Min = valor mínimo. AVC = acidente vascular cerebral

Do total de pacientes, 126 (90,6%) possuíam hipertensão arterial sistêmica, 48 (34,5%) Diabetes mellitus, 41 (29,5%) cardiopatias, 3 (2,1%) insuficiência renal, 3 (2,6%) doença pulmonar obstrutiva crônica e 11 (7,9%) outras. O tempo de início da reabilitação após o AVC variou de 1 a 36 meses, entretanto, os pacientes que iniciaram a reabilitação com um mês após o AVC ao entrarem em nosso estudo, já possuíam um tempo igual ou superior a 3 meses de AVC e de reabilitação obedecendo ao critério de inclusão.

A Tabela 3 exhibe dados dos pacientes referentes ao cuidador e ao grau de dependência para as atividades de vida diária.

Tabela 3 - Características relacionadas ao cuidador e ao grau de dependência para as atividades de vida diária dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas

Variáveis	n (%)
Pacientes com cuidador	
Sim	135 (97,1)
Não	4 (2,9)
Tipo de cuidador	
Esposa	58 (41,7)

Resultados

Esposo	22 (15,8)
Filho	13 (9,4)
Outros	42 (30,2)
Sem cuidador	4 (2,9)

Grau de dependência para AVDs

Não dependente	8 (5,8)
Parcialmente dependente	93 (66,9)
Totalmente dependente	38 (27,3)

Valores expressos em número (%) AVD = atividade de vida diária

Os dados da Tabela 3 mostram que 135 (97,1%) pacientes possuíam cuidadores, 58 (41,7%) desses eram suas esposas. Outros cuidadores, 42 (30,2%) representavam vizinhos, amigos, voluntários e parentes. Em relação ao grau de dependência para as AVDs 93 (66,9%) pacientes dependiam parcialmente de auxílio para realização das mesmas.

Os dados da Tabela 4 mostram características relacionadas à reabilitação dos pacientes.

Tabela 4 – Características relacionadas à reabilitação dos pacientes com AVC *do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL)*, de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas

Características	n (%)
Meio transporte para reabilitação	
Ambulância	18 (13,0)
Veículo próprio	23 (16,5)
Ônibus	59 (42,4)
Taxi	35 (25,2)
Outro	4 (2,9)

Resultados

Número de terapias realizadas na reabilitação

1	32 (23,0)
2	39 (28,1)
3	39 (28,1)
4	28 (20,1)
5	0 (0,0)
6	1 (0,7)

Sessões de reabilitação por semana

1	29 (20,9)
2	107 (77,0)
3	3 (2,1)

Valores expressos em número (%), n=139

Os dados da Tabela 4 revelam que o meio de transporte mais utilizado pelos pacientes para o acesso ao serviço de reabilitação foi o ônibus. Na categoria outros meios de transporte, foi considerado cadeira de rodas e a pé.

A maior parte dos pacientes realizava entre dois e três tipos de terapias para a reabilitação. Dentre as oferecidas, 120 (86,3%) pacientes faziam fisioterapia, 92 (66,1%) terapia ocupacional, 58 (41,7%) realizaram terapia com fonoaudióloga, 59 (42,4%) com psicóloga, 12 (8,6%) realizavam hidroterapia e 3 (2,1%) participavam do grupo de dança de idosos e de mama. Grande parte dos pacientes, 108 (77%) praticava mais de um tipo de terapia para reabilitação.

Os dados na Tabela 5 mostram os valores de escores médios obtidos dos pacientes com AVC em reabilitação em cada domínio do questionário SF-36.

Tabela 5 – Valores médios dos escores do SF-36 nos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM)

Resultados

Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas.

Domínios SF- 36	Escores
Capacidade Funcional	11,4 ± 20,0
Aspectos Físicos	2,9 ± 12,8
Dor	72,4 ± 26,8
Estado Geral de Saúde	44,6 ± 16,1
Vitalidade	58,0 ± 28,4
Aspectos Sociais	39,7 ± 32,8
Aspectos Emocionais	2,6 ± 12,1
Saúde Mental	59,6 ± 25,6

Valores expressos em média ± DP

Os dados da Tabela 5 evidenciam escores mais comprometidos com valores inferiores a 50 pontos nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais.

A Tabela 6 exhibe os dados de escores médios dos 12 domínios do questionário do SSQOL.

Na versão original, os escores do SSQOL variam de 49 (pior qualidade de vida) a 245 (ótima qualidade de vida), na Alemanha, a tradução do questionário foi definida como baixa qualidade de vida com os escores abaixo de 60% do SSQOL, então esse escore foi aplicado para o presente estudo.

Tabela 6 – Valores médios dos escores do SSQOL dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas

Domínios - SSQOL	Pontuação (Min- max.)	Média ± DP
Cuidados Pessoais	(1 - 25)	15,9 ± 5,6

Resultados

Visão	(1 - 15)	12,4 ± 3,2
Linguagem	(1 - 25)	18,9 ± 5,5
Mobilidade	(1 - 30)	17,7 ± 7,0
Trabalho	(1 - 15)	5,7 ± 2,8
Função do membro superior	(1 - 25)	13,1 ± 6,3
Modo de pensar	(1 - 15)	9,2 ± 4,1
Comportamento	(1 - 15)	7,2 ± 3,8
Ânimo	(1 - 25)	17,0 ± 6,3
Relação Familiar	(1 - 15)	6,5 ± 3,4
Relação Social	(1 - 25)	7,7 ± 4,2
Energia	(1 - 15)	8,1 ± 4,6
SSQOL total	(49 - 245)	139,7 ± 38,4

DP = desvio padrão

Conforme os dados da Tabela 6, os domínios mais comprometidos com baixo escore (menor de 60%) foram: mobilidade (59%), trabalho (38%), função do membro superior (52,4%), comportamento (48%), relação familiar (43,3%), relação social (30,8%) e energia (54%).

Os dados da Tabela 7 mostram os dados dos escores em relação ao Índice de Barthel.

Tabela 7 – Valores dos escores do Índice de Barthel dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió – Alagoas.

<i>Índice de Barthel</i>		
Pontuação		n (%)
Dependência severa	< 45 pontos	19 (13,7)
Dependência grave	de 45 a 59 pontos	16 (11,5)
Dependência moderada	de 60 a 80 pontos	34 (24,4)
Dependência leve	de 81 a 100 pontos	70 (50,4)
Total		139
(100,0)		

Resultados

Os dados da Tabela 7 mostraram os escores do índice de Barthel (IB) em relação à dependência funcional para atividades de vida diária (AVD), onde 69 (49,6%) pacientes apresentavam dependência de moderada a severa.

Os valores dos escores do Inventário de Depressão de Beck - IDB estão dispostos nos dados da Tabela 8.

Tabela 8 – Valores dos escores do Inventário de depressão de Beck dos pacientes em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas

Inventário de depressão de Beck	(%)
Sem sintomas depressivos (até 15)	70 (50,3)
Sintomas disfóricos (16-20)	40 (28,8)
Sintomas depressivos evidentes (↑de 20)	29 (20,9)
Total	139 (100,0)

Os escores do IDB da Tabela 8 mostraram que 69 (49,7%) pacientes apresentavam sintomas disfóricos ou depressivos evidentes.

4.1 Comparações do *Stroke Specific Quality of Life Scale* com variáveis sociodemográficas, econômicas e mórbidas

Para a comparação do SSQOL total com as variáveis sócio-demográficas e econômicas, utilizou-se o o Teste T-Student, para variáveis com duas respostas e o Teste de Variância (ANOVA) para variáveis com três respostas, considerando um nível de significância de 5%. Na variável cor da pele foi excluída a cor amarela por possuir apenas um paciente e não ser possível fazer comparações dessa forma. Nos dados da Tabela 9, são apresentadas as características

Resultados

sociodemográficas e econômicas dos pacientes, comparando com o escore do SSQOL.

Tabela 9 - Características sociodemográficas e econômicas, comparadas com o escore do SSQOL, dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas.

Características sociodemográficas e Econômicas (n = 139)	Pacientes n (%)	SSQOL X ± DP	p
Gênero			
<i>Masculino</i>	82 (59,0)	146,2 ± 39,6	0,018*
<i>Feminino</i>	57 (41,0)	130,6 ± 35,1	
Cor de Pele			
<i>Amarela</i>	1 (0,7)	137,9 ± 35,6	0,942
<i>Branca</i>	17 (12,3)	138,5 ± 40,1	
<i>Negro</i>	28 (20,1)	140,7 ± 39,0	
<i>Parda</i>	93 (66,9)		
Escolaridade			
<i>Analfabeto</i>	38 (27,4)	126,9 ± 32,9	0,014*
<i>Fundamental incompleto</i>	70 (50,3)	139,9 ± 38,4	
<i>Fundamental completo</i>	12 (8,6)	164,7 ± 45,6	
<i>Médio</i>	19 (13,6)	149,1 ± 36,3	
Renda			
<i>Sem renda</i>	16 (11,5)	134,3 ± 33,4	0,363
<i>1 salário mínimo</i>	94 (67,6)	138,0 ± 38,4	
<i>Mais de 1 salário mínimo</i>	29 (20,9)	148,5 ± 40,9	
		138,9 ± 37,8	
Origem da renda			
<i>Aposentado e benefício</i>	118 (84,9)	188,7 ± 52,1	0,071
	4 (2,9)	129,6 ± 30,6	

Resultados

<i>Ativo</i>	3 (2,2)	134,7 ± 35,4	
<i>Outros</i>	14 (10,0)		
<i>Sem renda</i>		139,8(40,7)	
Nº de pessoas dependentes da renda)	22 (15,9)	146,0 (42,1)	0,650
<i>1</i>	37 (26,6)	134,3(35,0)	
<i>2</i>	31 (22,3)	138,4(37,1)	
<i>3</i>	49 (35,2)		
<i>4 ou mais</i>		138,8 ± 35,9	
Situação conjugal	82 (59,0)	140,9 ± 37,8	
<i>Casado</i>	14 (10,1)	151,9 ± 46,0	0,598
<i>Solteiro</i>	16 (11,5)	136,6 ± 42,4	
<i>Divorciado</i>	27 (19,4)		
<i>Viúvo</i>		146,5 ± 41,6	
	31(22,3)	138,3 ± 37,9	
Idade (anos)	38 (27,3)	138,9 ± 38,4	0,706
Até 50	49 (35,3)	134,6 ± 36,3	
51 a 60	21 (15,1)		
61 a 70			
Acima de 70		134,6 ± 16,7	
	3 (2,2)	178,4 ± 40,5	
Tipo de moradia	7 (5,0)	138,0 ± 38,0	0,025*
<i>Abrigo</i>	127 (91,4)	119,5 ± 7,78	
<i>Apartamento</i>	2 (1,4)		
<i>Casa</i>			
<i>Outro</i>	120 (86,3)	138,8 ± 38,1	0,466
Reside mesmo local depois do AVC	19 (3,7)	145,8 ± 41,1	
<i>Sim</i>			
<i>Não</i>			

* p < 0,05; X ± DP = média ± desvio padrão Md= mediana (Max.e Min) AVC = acidente vascular cerebral ; SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Conforme resultados dos dados da Tabela 9, observa-se que os homens obtiveram maior média de pontuação na escala do SSQOL total que as mulheres. Quanto às comparações de escolaridade, os

Resultados

pacientes com ensino fundamental completo obtiveram maior pontuação na escala do SSQOL total; os pacientes que residiam em apartamento também tiveram maior pontuação na escala do SSQOL total

Nos dados da Tabela 10 são apresentadas as comorbidades e características dos pacientes com AVC prévio comparando com o escore do SSQOL. Mediante a impossibilidade de fazer comparações com o grupo de comorbidades com apenas dois pacientes, foram agrupadas em um só três ou mais comorbidades.

Tabela 10– Comorbidades e características de AVC, comparando com o escore do SSQOL, dos pacientes em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió-Alagoas.

Comorbidades e Características do AVC (n = 139)	Pacientes n (%)	SSQOL X ± DP	p
Número de comorbidades			
1	63 (45,3)	145,35 ± 39,5	0,288
2	54 (38,9)	134,30 ± 36,9	
3 ou mais	22 (15,8)	137,20 ± 38,4	
Tempo de AVC			
Até 1 ano	47(33,8)	132,7 ± 28,1	0,351
<i>Acima de 1 até 2 anos</i>	31(22,3)	147,8 ± 41,9	
<i>Acima de 2 até 4 anos</i>	25(17,9)	136,5 ± 44,1	
<i>Acima de 4 anos</i>	36 (26,0)	144,2 ± 42,3	
Tempo de reabilitação (meses)			
Até 6 meses	50 (36,0)	133,2 ± 34,8	0,273
<i>Acima de 6 até 12 meses</i>	35 (25,1)	140,7 ± 39,6	
<i>Acima de 12 meses</i>	54 (38,9)	145,2 ± 40,6	

Resultados

Tempo de início da reabilitação após AVC (meses)			
1 mês	37 (26,6)	139,7 ± 38,4	
2 a 3 meses	45 (32,4)	138,5 ± 34,6	
4 a 5 meses	15 (10,8)	146,4 ± 40,7	0,915
Acima de 6 meses	42 (30,2)	138,8 ± 42,5	
	116 (83,5)	138,7 ± 38,7	
Classificação do AVC	23 (16,5)	145,5 ± 37,5	0,439
Isquêmico			
Hemorragico	79 (56,9)	144,8 ± 35,5	
Números de AVC	41 (29,4)	138,0 ± 37,1	
1	11 (7,9)	133,5 ± 49,7	0,061
2	8 (5,8)	107,6 ± 21,5	
3			
4			
Lado afetado pelo AVC	66 (47,5)	138,0 ± 37,4	
Direito	69 (49,6)	140,8 ± 39,6	0,796
Esquerdo	4 (2,9)	149,7 ± 42,6	
Direito e esquerdo			
Tipo de sequela	74 (53,2)	147,6 ± 39,0	
Motora	65 (46,8)	130,9 ± 36,2	0,010*
Motora e fala			

* $p < 0,05$; $X \pm DP$ = média ± desvio-padrão Md= mediana (Max.e Min) AVC = acidente vascular cerebral ; SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Nas comparações entre comorbidades dos pacientes com AVC prévio e SSQOL, aqueles com apenas sequelas motoras obtiveram uma pontuação maior na escala do SSQOL, comparados aos que possuíam sequelas motoras e na fala.

Nos dados da Tabela 11, são apresentadas características relacionadas ao cuidador e reabilitação dos pacientes com AVC.

Resultados

Tabela 11– Características relacionadas ao cuidador e reabilitação, comparando com o escore do SSQOL, dos pacientes com AVC em reabilitação do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho da Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL), de novembro de 2008 a maio de 2009, Maceió- Alagoas.

	Pacientes n (%)	SSQOL X ± DP	p
Pacientes com cuidador			
Sim	135 (97,1)	138,9 ± 37,9	0,105
Não	4 (2,9)	170,5 ± 50,5	
Tipo de cuidador			
Esposa	58 (41,7)	140,0 ± 37,7	0,460
Esposo	22 (15,8)	134,0 ± 32,9	
Filho	13 (9,4)	126,0 ± 38,7	
Outros	42 (30,2)	143,8 ± 40,3	
Sem cuidador	4 (2,9)	170,0 ± 50,5	
Grau de dependência do cuidador para AVDs			
Não dependente	8 (5,8)	189,5 ± 39,4	0,001*
Parcialmente dependente	93 (66,9)	145,6 ± 37,4	
Totalmente dependente	38 (27,3)	115,0 ± 22,4	
Meio transporte para reabilitação			
Ambulância	18 (13,0)	127,6 ± 33,0	0,065
Veículo próprio	23 (16,5)	134,1 ± 37,1	
Ônibus	59 (42,4)	151,5 ± 40,6	
Taxi	35 (25,2)	130,4 ± 33,8	
Outro	4 (2,9)	135,2 ± 33,8	
Número de terapias realizadas na reabilitação			
1	32 (23,0)	143,4 ± 44,1	

Resultados

2	39 (28,1)	142,6 ± 40,4	0,405
3	39 (28,1)	142,0 ± 40,4	
4 ou +	29 (20,8)	128,9 ± 21,1	

Sessões de reabilitação por semana

1	29(20,9)	145,9 ± 40,4	
2	107 (77,0)	137,1 ± 37,2	0,172
3	3 (2,1)	173,3 ± 21,1	

* $p < 0,05$; $X \pm DP$ = média ± desvio-padrão Md= mediana (Max.e Min) AVD = atividade de vida diária; SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Os resultados obtidos evidenciaram que os pacientes que não dependiam do cuidador para realização de AVD's, apresentaram maior pontuação na escala do SSQOI total.

4.2 Comparações entre o *Stroke Specific Quality of Life Scale* e os instrumentos índice de Barthel e Inventário de depressão de Beck

Para as comparações a seguir, o teste utilizado foi o ANOVA. Os resultados dos dados da Tabela 12 mostram as comparações entre SSQOL total e o Índice de Barthel.

Tabela 12- Valores de comparações múltiplas entre o índice de Barthel e SSQOL total nos pacientes em reabilitação no PAM Salgadinho e ADEFAL, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 em Maceió-Al

Índice de Barthel	Pacientes n (%)	SSQOL X ± DP	P
Dependência Severa	19 (13,7)	106,0 ± 18,8	0,460
Dependência Grave	16 (11,5)	123,4 ± 21,1	

Resultados

Dependência Moderada	34 (24,5)	116,9 ±19,7
Dependência Leve	70 (50,3)	163,8 ±36,9

$X \pm DP = \text{m\u00e9dia} \pm \text{desvio-padr\u00e3o}$; SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Quanto aos resultados expostos nos dados da Tabela 12 n\u00e3o encontradas diferen\u00e7as entre os grupos de pacientes com diferentes graus de depend\u00eancia, avaliadas por meio dos instrumentos, cujo valor do instrumento de Barthel e SSQOL total, de p encontrado foi de 0,460 maior que 0,05.

Para as compara\u00e7\u00f5es a seguir, o teste utilizado foi ANOVA e quando n\u00e3o foi verificada homogeneidade nas vari\u00e2ncias foi feito ajuste por meio do teste de Brown- Forsythe. Os resultados dos dados da Tabela 13 mostram as compara\u00e7\u00f5es entre SSQOL total e \u00cdndice de \u00cdnvent\u00e1rio de Depress\u00e3o de Beck.

Tabela 13- Valores de compara\u00e7\u00f5es m\u00faltiplas do Invent\u00e1rio de Depress\u00e3o de Beck e SSQOL total nos pacientes em reabilita\u00e7\u00e3o no PAM salgadinho e ADEFAL no per\u00edodo de novembro de 2008 a maio de 2009 em Macei\u00f3-Al

Invent\u00e1rio de Depress\u00e3o de Beck	Pacientes n(%)	SSQOL X \u00b1 DP	p
Sem sintomas depressivos	70 (50,3)	161,3 \u00b1 39,4	<0,001(BF)
Sintomas disf\u00f3ricos	40 (28,7)	123,1 \u00b1 23,6	
Sintomas depressivos evidentes	29 (21,0)	110,8 \u00b1 16,5	

$X \pm DP = \text{m\u00e9dia} \pm \text{desvio-padr\u00e3o}$; SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Conforme os resultados dos dados da Tabela 13 acima, concluiu-se que os pacientes sem sintomas depressivos tiveram maior pontua\u00e7\u00e3o no SSQOL total evidenciando melhor qualidade de vida.

4.3 Análise de correlação entre o SSQOL e as variáveis utilizadas nas comparações de mais de duas categorias

A seguir a análise é uma abordagem alternativa de algumas variáveis quantitativas que foram categorizadas. Esta análise visou verificar o grau de correlação linear entre as variáveis quantitativas e a escala de SSQOL (total e seus domínios). Para verificar a existência ou não de correlação linear, foi utilizado o coeficiente de Pearson que aponta o grau de correlação linear entre as variáveis. Sabe-se que quanto mais próximo de +1 ou -1, mais forte a correlação. Foram adotados os seguintes critérios de classificação dos coeficientes de correlação: grau moderado (de 0,5 a 0,70), alto grau de correlação (valores acima de 0,70).

Os dados da Tabela 14 mostram os resultados dos coeficientes de correlação entre SSQOL e diversas variáveis (idade, quantidade de pessoas dependentes da renda, número de comorbidades, tempo de reabilitação, tempo de AVC, nº de AVC, tempo de reabilitação após AVC e número de terapias).

Tabela 14 - Correlação linear com SSQOL e variáveis dos pacientes em reabilitação no PAM Salgadinho e ADEFAL, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 em Maceió-Al

<i>SSQOL</i>	<i>Pessoas que Dependem da Renda</i>		<i>Nº de Comorbidade</i>	<i>Tempo de Reabilitação (meses)</i>	<i>Tempo de AVC (meses)</i>	<i>Nº de AVC</i>	<i>Início da Reabilitação Após o AVC (meses)</i>	<i>Terapias Realizadas na Reabilitação</i>
	<i>Idade (anos)</i>							
Cuidados								
Pessoais	-0,041	0,036	-0,135	0,106	0,053	-0,108	0,080	-0,121
Visão	0,057	-0,070	-0,092	0,028	0,063	-0,159	-0,017	0,104
Linguagem	0,050	0,017	0,018	0,028	0,017	-0,282	0,054	-0,170
Mobilidade	-0,049	0,009	-0,169	0,047	-0,013	-0,143	0,001	-0,085
Trabalho	-0,160	-0,013	-0,117	0,140	0,070	-0,166	-0,025	-0,139
Função do membro superior								
Modo de pensar	-0,026	-0,066	-0,101	0,052	-0,020	-0,187	0,001	-0,126
	0,067	0,043	0,013	0,050	0,040	-0,044	0,033	-0,122

Resultados

Compor- tamento	-0,010	-0,074	-0,040	-0,003	0,024	-0,112	0,060	0,034
Ânimo	-0,010	-0,048	-0,073	0,001	-0,024	-0,165	-0,049	0,036
Relação Familiar	-0,023	-0,138	-0,090	0,094	0,045	-0,095	0,038	-0,081
Relação Social	-0,100	-0,147	-0,038	0,116	0,106	-0,064	0,127	-0,170
Energia	-0,099	0,003	-0,062	0,042	0,006	-0,133	0,047	-0,006
SSQOL total	-0,040	-0,048	-0,115	0,081	0,034	-0,214	0,042	-0,110

Correlação de Pearson , *SSQOL* = *Stroke Specific Quality of Life Scale*

Observa-se que não houve alta nem moderada correlação entre as diversas variáveis e o SSQOL total e seus domínios.

4.4 Análise de correlação linear dos instrumentos Stroke Specific Quality of Life Scale com Medical Outcome Study 36-item short-form health survey, índice de Barthel e Inventário de depressão de Beck

Os dados da Tabela 15 abaixo exibem a correlação linear entre SSQOL e SF-36, IB e IDB.

Tabela 15- Correlação linear entre SSQOL e SF-36, IB e IDB nos pacientes em reabilitação no PAM Salgadinho e ADEFAL, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 em Maceió-Al

Escala SSQOL (domínios e total)	SF36							IB	IDB	
	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM		
Cuidados										
Pessoais	0,55	0,26	0,15	0,25	0,33	0,61	0,28	0,16	0,77	-0,31
Visão	0,14	0,14	0,15	0,13	0,20	0,22	0,11	0,27	0,11	-0,26
Linguagem	0,24	0,19	0,17	0,22	0,37	0,31	0,13	0,28	0,17	-0,27
Mobilidade	0,65	0,35	0,27	0,37	0,39	0,60	0,29	0,23	0,79	-0,37
Trabalho	0,64	0,40	0,14	0,28	0,39	0,52	0,43	0,25	0,57	-0,36

Resultados

Função do membro superior	0,55	0,27	0,20	0,35	0,35	0,49	0,26	0,19	0,60	-0,34
Modo de pensar	0,22	0,27	0,24	0,34	0,47	0,35	0,22	0,43	0,18	-0,47
Comportamento	0,05	0,20	0,20	0,16	0,34	0,19	0,10	0,55	0,01	-0,43
Ânimo	0,29	0,26	0,26	0,34	0,56	0,40	0,19	0,54	0,23	-0,68
Relação Familiar	0,43	0,29	0,30	0,42	0,47	0,56	0,23	0,43	0,42	-0,59
Relação Social	0,42	0,37	0,22	0,33	0,40	0,51	0,32	0,34	0,36	-0,50
Energia	0,28	0,28	0,30	0,36	0,59	0,29	0,17	0,52	0,23	-0,54
SSQOL total	0,58	0,41	0,33	0,45	0,61	0,65	0,34	0,51	0,60	-0,64

Correlação moderada - (0,5 a < 0,70), Correlação alto grau - (valores >de 0,70), Correlação de Pearson = r, CF= capacidade funcional. AF= aspectos físicos, D=dor, EGS= estado geral de saúde, V= vitalidade, AS = aspectos sociais, AE= aspectos emocionais, SM= saúde mental;

SSQOL = *Stroke Specific Quality of Life Scale*; SF-36 = Medical Outcome Study 36- item short-form health survey ; IB = Índice de Barthel; IDB = Inventário de depressão de Beck

Nos dados da Tabela acima, observa-se que houve inúmeras correlações de grau moderado entre alguns domínios do SSQOL e alguns domínios do SF-36, Barthel e Beck, entretanto os domínios cuidados pessoais e mobilidade do SSQOL apresentaram alto grau de correlação com a escala de Barthel.

4.5 Análise de regressão múltipla das variáveis e SSQOL

A seguir os dados da Tabela 16 listam a correlação entre o SSQOL total e apenas as variáveis que apresentaram uma associação de correlação ao menos moderada. O processo de seleção destas variáveis foi por meio do *Stepwise* que incluiu no modelo variáveis com significância e excluiu variáveis sem significância.

Para o estudo foi considerado um nível de significância de 5%. O R^2 aponta a qualidade de ajuste do modelo, assim, quanto mais próximo de 1 melhor o ajuste. O valor de p quando < 0,05 mostrou que o modelo foi significativo.

Resultados

Tabela 16- Análise de regressão múltipla das variáveis que se correlacionam com SSQOL nos pacientes em reabilitação no PAM Salgadinho e ADEFAL, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 em Maceió-Al

	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Constante	245,0	< 0,001
Grau de dependência do cuidador para realização das AVDS	-34,8	< 0,001
Número de AVC	-10,8	0,001
Ensino Fundamental	19,6	0,001
Ensino Médio	23,2	0,025
Gênero feminino	-11,0	0,051
Pessoas que dependem da renda	-2,8	0,053

$R^2 = 0,362$, p-valor do modelo < 0,001; AVDs = atividades de vida diária; AVC = acidente vascular cerebral; Stepwise

Conforme resultados dos dados da Tabela 16, as seguintes interpretações foram obtidas com os coeficientes mais significantes:

- Quanto maior a dependência do paciente do cuidador, fixando as demais variáveis do modelo, houve uma diminuição em 34,8 pontos no escore total do SSQOL, evidenciando que quanto mais o paciente dependia do cuidador para AVDs menor foi sua qualidade de vida.
- A cada AVC ocorrido com o paciente houve uma diminuição em 10,8 pontos no escore total do SSQOL, com uma diminuição da qualidade de vida. Pacientes com Ensino Fundamental, fixando as demais variáveis do modelo, aumentaram em 19,6 pontos no escore total do SSQOL, confirmando um aumento na qualidade de vida para os mesmos.
- Os pacientes com escolaridade de nível Médio aumentaram em 23,2 pontos o escore total do SSQOL, corroborando com melhor qualidade de vida.

Resultados

- Ser do gênero feminino, fixando as demais variáveis, diminuiu em 11 pontos no escore total do SSQOL, mostrando menor qualidade de vida quando comparada ao gênero masculino.
- Para cada pessoa a mais que dependia da renda do paciente, houve uma diminuição em 2,8 pontos no escore total do SSQOL, ou seja, quanto mais dependentes dos rendimentos do paciente, menor a qualidade de vida.

Já os dados da Tabela 17 mostram correlação do SSQOL total entre as variáveis e IDB e também foram consideradas as variáveis que nas análises anteriores apresentaram associação ou grau de correlação, ao menos, moderado em relação ao SSQOL e IDB.

Tabela 17- Análise de regressão múltipla entre IDB e variáveis que se correlacionam com SSQOL dos pacientes em reabilitação no PAM Salgadinho e ADEFAL, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 em Maceió-AI

	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Constante	148,800	< 0,001
Grau de dependência do cuidador para realização das AVDS	-16,000	< 0,001
Número de AVC	-9,200	< 0,001
IDB	-1,004	0,001

$R^2 = 0,729$, p-valor do modelo < 0,001 ; AVD's = atividade de vida diária; AVC = acidente vascular cerebral; IDB= inventário de depressão de Beck

Mediante os resultados apresentados nos dados da Tabela 17 acima, pode-se observar que alguns valores de uma mesma variável dessa análise diferem da análise anterior na Tabela 16, portanto, estão descritas abaixo as seguintes interpretações:

- Quanto mais dependente o paciente do cuidador para atividade de vida diária havia diminuição de 16 pontos no escore total do SSQOL, evidenciando que quanto mais

Resultados

dependente o paciente for do cuidador menor seja sua qualidade de vida;

- A cada AVC a mais ocorrido diminuiu em 9,2 pontos no escore total do SSQOL, corroborando que quanto mais episódios de AVC, menor será a qualidade de vida do paciente.
- A cada ponto a mais no instrumento inventário de depressão de Beck, diminuiu em um ponto o escore total do SSQOL, ou seja, quanto mais depressivo for o paciente menor será sua qualidade de vida.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, foram discutidos os dados sociodemográficos, econômicos e mórbidos, funcionalidade, presença de sinais depressivos e qualidade de vida geral e específica dos 139 pacientes com AVC em reabilitação, advindos dos resultados desta pesquisa.

O predomínio do gênero masculino na população estudada corroborou os resultados de outros estudos de pacientes com AVC quando comparados gêneros masculino e feminino. ^(73-75, 62)

A cor de pele prevalente entre os pacientes estudados foi a parda seguida da negra. Outro estudo encontrou dados similares ⁽³⁾, entretanto, a maioria dos estudos realizados com portadores de doenças cerebrovasculares aponta maior incidência entre os negros ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾

A idade média dos pacientes deste estudo foi de 59,4 anos, achado compatível com estudo realizado na Nigéria que foi similar. Outra pesquisa mostrou que 34% dos pacientes possuíam idade menor que 65 anos, 33,5% entre 65 e 75 anos de idade e 32,5 % maior que 75 anos de idade. ^(79,73)

No presente estudo, encontrou-se maior número de pacientes com Ensino Fundamental, ganhando um salário mínimo, recebendo benefício e casados. Outros autores encontraram resultados semelhantes em relação à escolaridade sendo 57,8 % dos pacientes com Ensino Fundamental completo a incompleto ⁽⁸⁰⁾, a maioria com Ensino Secundário ou baixo nível educacional ⁽⁸¹⁾, 35,1% dos pacientes tinham Ensino Primário e 35,1% Ensino Médio. ⁽²⁷⁾ Relacionado à renda 40,6% recebiam um salário mínimo ⁽⁸⁰⁾, 59,8% ⁽⁸¹⁾ e 72,1% eram aposentados ⁽⁴⁸⁾ e 72,7% pensionistas ou aposentados ⁽⁴⁸⁾. Referente ao estado civil, 53,1 % ⁽⁸⁰⁾, 63,6% ⁽⁸¹⁾ e 61,4 % eram casados. ⁽⁴⁸⁾

Quanto ao tipo de residência, a maioria dos pacientes pesquisados residia em moradia térrea e permaneceu na mesma casa após o AVC. Outro estudo realizado com pacientes com características semelhantes aos do presente estudo revelou que

92,9% dos pacientes também permaneceram na mesma residência após o AVC. ⁽⁵⁵⁾

Dentre as comorbidades associadas, encontrou-se elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e cardiopatias. ^(62,82) Patologias estas que vêm sendo associadas aos eventos cerebrovasculares, sendo a hipertensão arterial sistêmica apontada como o fator de risco predominante. ⁽⁸³⁻⁸⁶⁾

O tempo mediano de AVC dos usuários deste estudo foi de 21 meses. Outro pesquisador encontrou o tempo médio de AVC entre 24 e 72 meses. ⁽⁸⁰⁾ Estudo recente mostrou que tempo de intervalo desde o primeiro AVC variou de 1 a 348 meses. ⁽⁷⁹⁾

Vários autores apontam que a incidência de AVC isquêmico variou entre 62,2% e 85,0% na população estudada ^(2, 80, 87,88), dados que corroboram o estudo vigente.

A ocorrência de doenças cerebrovasculares exerce forte impacto sobre a saúde da população, pois são doenças predominantemente incapacitantes. ⁽⁸⁹⁾ A principal seqüela é a hemiplegia que exerce forte impacto na saúde pública, pois exige tratamento de elevado custo e gera a perda da capacidade produtiva do paciente, de modo parcial ou total. ⁽⁹⁰⁾ Nesta pesquisa, 53,2% dos pacientes apresentavam seqüelas motoras e 46,8% seqüelas motoras e na fala.

O AVC por ser uma doença que causa limitações para o paciente gera a necessidade de um cuidador para dar-lhe suporte. A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento desses pacientes de forma a incentivar e auxiliar na realização de atividades. ⁽⁴⁸⁾

O aparecimento de uma doença incapacitante é também crítica aos familiares. A magnitude desta questão é pouco debatida e explorada, entretanto é uma realidade no convívio residencial dos envolvidos. O atual estudo mostrou que 97% dos pacientes possuíam cuidador, destes, 57,5% eram cônjuges e 30,2%, vizinhos, amigos, voluntários ou parentes. Dependiam parcialmente do cuidador para as atividades de vida diária (AVD's) 66,9% dos pacientes. Outros estudos mostraram dados semelhantes, assim 82% a 87,8% possuíam cuidadores, e destes 52% a 53% dos cuidadores eram o cônjuge. Em

relação às AVD's, 62% a 69% dos mesmos tinham dependência parcial do cuidador. ^(55,79,91)

No presente estudo, o meio de transporte mais utilizado por 42,4% dos pacientes para chegar ao serviço de reabilitação foi o ônibus. Outro pesquisador verificou que o mesmo meio de transporte foi utilizado por 47,8% dos pacientes. ⁽⁹²⁾ Este dado do atual estudo pode ser justificado em razão de alguns fatores como gratuidade no referido transporte para o paciente e cuidador e dependência parcial dos pacientes em relação ao cuidador. Além disto, uma das instituições de reabilitação possui a acessibilidade arquitetônica da parada de ônibus ao serviço de reabilitação, facilitando seu uso. O movimento faz com que o homem interaja e modifique o meio, para satisfazer suas necessidades de sobrevivência, prazer, criação e comunicação. ⁽⁹³⁾

A maior parte dos pacientes realizava entre duas e três terapias oferecidas na reabilitação, por pelo menos duas vezes por semana, e a fisioterapia era realizada por 86,3% dos pacientes e 77% destes pacientes faziam mais de uma terapia de reabilitação. Outros estudos identificaram que as sessões de terapia por semana, variavam de duas a cinco vezes ⁽⁹⁴⁾ e que 94% dos pacientes faziam fisioterapia e 6%, fisioterapia e terapia ocupacional ⁽⁹⁵⁾

Em relação aos instrumentos genéricos mais utilizados na avaliação de qualidade de vida em pacientes com AVC, o SF- 36 foi o mais encontrado na literatura. ⁽⁹⁶⁾

Neste estudo, foram verificados cinco domínios mais prejudicados no SF-36, que foram a capacidade funcional, os aspectos físicos, o estado geral de saúde, os aspectos sociais e os emocionais. Um estudo na Itália revelou escores do SF 36 abaixo de 50, em momentos diferentes de avaliação, reforçando que a reabilitação deve acontecer em ciclos repetidos para manter o nível de melhoria dos escores. ⁽²⁷⁾ Outros pesquisadores corroboram. ^(97,98) Outro autor evidenciou em sua pesquisa que o AVC causou alteração na capacidade funcional dos pacientes. ⁽⁴⁸⁾ Encontrou-se outro estudo que mostrou uma média de 11 e 25 escores para os domínios capacidade funcional e aspectos físicos. ⁽⁶¹⁾ Outra pesquisa na Turquia identificou valores abaixo de 50% para todos os domínios do SF 36, exceto nos domínios de saúde mental (56,4) e estado geral

de saúde (58,1) ⁽⁶²⁾ Valores abaixo de 50% também foram encontrados nos domínios aspectos físicos e capacidade funcional, sobretudo em mulheres.⁽⁷⁵⁾ Outros resultados mostraram valores também abaixo de 50% para os domínios capacidade física, aspectos físicos, dor no corpo, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais.⁽⁹⁹⁾ Certos pesquisadores observaram escores abaixo de 50% para os domínios capacidade física, aspectos físicos e sociais.⁽¹⁰⁰⁾

O SF-36 é bastante utilizado em pesquisas brasileiras para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde. Mas, não abrange dimensões específicas como linguagem e visão, limitando seu uso nos pacientes com AVC. Portanto, o emprego de instrumento específico como o SSQOL foi necessário para caracterizar aspectos próprios relacionados ao AVC.

Alguns pesquisadores afirmam que a grande vantagem do SSQOL é sua maior sensibilidade para identificar as alterações causadas pelo AVC, uma vez que é capaz de abordar ampla variedade de prejuízos, incapacidades e limitações funcionais. O SSQOL por avaliar questões exclusivas, como cognição, linguagem e função do membro superior, apresenta superioridade no uso de instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida para indivíduos acometidos por AVC. ^(20, 65, 101-103)

Neste estudo os domínios mais prejudicados foram mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar e social e energia. A falta de suporte social é uma das variáveis mais relacionadas à diminuição da qualidade de vida dos pacientes com AVC. ⁽⁹⁵⁾ Os domínios menos afetados foram cuidados pessoais, visão, linguagem, modo de pensar e ânimo. Outros autores encontraram valores de 39,8% para os domínios energia e trabalho, 38% ao domínio função do membro superior, 37,4% para relação social, 57% relação familiar, 64,5% visão e ânimo e 60,2% para comportamento. ⁽¹⁰¹⁾ Valores abaixo de 60% para os domínios energia, mobilidade, relação social, função do membro superior, trabalho e acima de 60% para os restantes dos domínios foram encontrados em outro estudo. ⁽⁶²⁾

No atual estudo, os domínios cuidados pessoais e linguagem estavam entre os menos afetados, estes domínios tendem a ser menos

afetados após 6 meses de ocorrência do AVC. ⁽¹⁰⁴⁻⁰⁸⁾ Como a maior parte dos participantes dessa pesquisa (61,1%) tinha mais de um ano de evolução da doença, isto pode justificar o menor comprometimento desses domínios.

O domínio relacionado à linguagem também foi um dos menos afetados, e pode ser explicado em razão de um dos critérios de exclusão desta pesquisa, ter sido paciente afásico.

Os domínios relação social e energia foram os mais afetados nesta como em outras pesquisas. ^(101, 62) A implantação de medidas é de fundamental importância para que possam manter as relações sociais das pessoas que sofreram AVC, bem como aumentar o bem estar e o grau de satisfação do indivíduo em sua comunidade. ⁽¹⁰⁴⁾

Comportamento foi outro domínio afetado em nossa pesquisa, resultados com percentual abaixo de 60% também foram verificados para esse domínio em outros estudos. ^(74,20)

A avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos que sofreram AVC utilizando o SSQOL demonstrou baixos escores nos domínios mobilidade (50%), trabalho (48%) e força do membro superior (53,2%) ⁽⁶²⁾ Dados similares foram encontrados nesta pesquisa, com escores abaixo de 60%.

O estado funcional é apontado como um dos domínios determinantes da qualidade de vida em pacientes com AVC e o mesmo estudo, utilizando outro instrumento de avaliação de qualidade de vida, sugeriu que a implementação de estratégias de melhoria na função física pode ser útil para incrementar a qualidade de vida desses pacientes. ⁽⁹⁵⁾

O domínio relação familiar mostrou-se alterado, podendo refletir aspectos da doença que geram sobrecarga nos familiares que assumem os cuidados do paciente, bem como sua insatisfação em relação à atenção recebida da família. Alguns pesquisadores citam que o bom suporte social e a assistência familiar de qualidade podem manter e até melhorar a qualidade de vida. ^(81, 107-110)

O índice de Barthel (IB) tem sido o instrumento mais empregado em pacientes com AVC para avaliação do grau de dependência das atividades de vida diária. ⁽⁹⁶⁾

Nesta pesquisa, 49,6% dos pacientes apresentavam dependência nas AVDs de moderada à severa, conforme o índice de

Barthel. Outros estudos encontraram valores de 31% a 62% de dependência moderada a severa. ^(27,54, 100, 95) Uma pesquisa evidenciou que 98,5% dos pacientes apresentavam dependência severa. ⁽⁷³⁾, e outro revelou resultado médio de IB de 74,1. ⁽⁹⁹⁾

Transtornos psiquiátricos têm sido apontados como fatores determinantes das incapacidades dos pacientes após o AVC. A depressão é a mais prevalente, e a que mais tem sido associada a um pior prognóstico, uma vez que pode comprometer de forma significativa a reabilitação motora e cognitiva dos pacientes. ⁽¹¹¹⁾

Distúrbios funcionais e cognitivos, história anterior de depressão, AVC prévio, precária rede de suporte social e características neuroanatômicas do AVC têm sido apontados como fatores de riscos associados à ocorrência de depressão pós-AVC. Quadros graves de incapacidade também estão relacionados a uma maior probabilidade de depressão. ⁽¹¹⁰⁾

Diversos autores apontam como conseqüência da depressão pós-AVC o maior tempo de permanência hospitalar, maior comprometimento funcional e cognitivo, limitação para AVD's, redução de sobrevida, falta de resposta funcional durante a reabilitação, quando comparados com pacientes não deprimidos. ⁽¹¹¹⁾

No presente estudo, 69 (49,7%) pacientes apresentaram sintomas disfóricos ou depressivos evidentes. Outro estudo encontrou 40% dos pacientes com sintomas depressivos. ⁽⁸⁰⁾ Um estudo de QV de pacientes com AVC em reabilitação encontrou 16,6% de depressão em seus pacientes. ⁽⁵⁴⁾

Pesquisadores estudaram sintomas depressivos e QV nos pacientes com AVC, utilizando o Índice de Depressão de Beck (IDB) mensurado com 3 e 6 meses após o AVC e foi evidenciada a prevalência de sintomas depressivos de 23% e 18%, respectivamente. ⁽⁸²⁾

Quanto ao gênero, as mulheres deste estudo apresentaram pior qualidade de vida quando comparadas aos homens. Isto pode ser justificado pelo tipo de atividades domiciliares desenvolvidas pela maioria das mulheres, e uma vez que apresentam incapacidades funcionais oriundas da doença, que pode repercutir negativamente sobre as mesmas. ^(90, 91,56)

A maior incidência de depressão vem sendo associada ao sexo feminino. Estudo de revisão avaliou a depressão no sexo feminino e dos 12 artigos incluídos, nove demonstraram a influência negativa da depressão na QV. ⁽⁹⁶⁾

A maioria dos pacientes deste estudo tinha nível de escolaridade Fundamental completo ou incompleto e apresentou melhor qualidade de vida quando comparados aos analfabetos. Baixo grau de escolaridade tem sido relacionado à elevada incidência de AVC ⁽⁴⁾ e pode ser justificado pela dificuldade de acesso à informação.

Quanto às comparações com moradia, foi evidenciado que os pacientes que residem em apartamento possuem melhor qualidade de vida, entretanto não foram encontrados estudos que possibilitem comparações e discussão com nossos achados.

Na variável tipo de seqüela pós-AVC desta pesquisa, foi identificado que os pacientes com sequela apenas motora apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados aos que possuíam além de seqüelas motoras, a sequela na fala. Entretanto, estudo de revisão mostrou que os prejuízos na comunicação decorrentes de alterações na fala têm sido menos frequentes do que os prejuízos motores decorrentes do AVC ⁽¹¹²⁾

No presente estudo, identificou-se que os pacientes com AVC que dependiam de cuidadores para a realização das AVDs, apresentavam pior qualidade de vida, conforme o SSQOL. Um estudo que avaliou a QV, de pacientes com AVC que dependiam ou não de cuidadores, conforme o SSQOL, mostrou diferenças significativas entre os dois grupos. No grupo de pacientes com cuidadores, foram verificados escores menores em seis domínios do SSQOL: linguagem, mobilidade, cuidados pessoais, relação social, função do membro superior, trabalho e no SSQOL total. Fato que retratou que quando há necessidade do cuidador existe pior percepção de qualidade de vida. ⁽⁹⁵⁾

Diminuição significativa na QV, conforme o SF-36, de pacientes com AVC foi mostrada quando estes possuíam dependência parcial ou total de cuidadores. ⁽⁵⁵⁾

Não foram encontradas correlações significativas entre os escores do SSQOI total e IB. Mas, as comparações entre SSQOI total e IDB revelaram resultados significativos.

A depressão é a complicação psiquiátrica mais relevante após o AVC e está associada a um pior prognóstico e à maior dificuldade de ajustamento social. ⁽⁴⁸⁾

Estudo demonstra que a presença de depressão ou de seus sintomas tem associação com pior QV. ⁽⁹⁶⁾ Um estudo de coorte mostrou que a coexistência de AVC e de depressão aumenta o risco de morte. ⁽¹¹³⁾

A prevalência de depressão em pacientes no terceiro mês pós-AVC, com ou sem assistência especializada, foi de 41% e 54%, respectivamente. O seguimento desses pacientes até o 12º segundo mês após o AVC demonstrou prevalência semelhante de depressão, ou seja, de 42% e 55% em ambos os grupos. A depressão foi o fator mais fortemente associado à baixa qualidade de vida dos pacientes num período em 1 a 3 anos após o AVC. ⁽¹¹⁴⁾

No atual estudo, não foi encontrada correlação moderada nem forte entre variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas do SSQOL total e de seus domínios. Uma pesquisa identificou que a idade superior a 75 anos correlacionou-se fortemente com SSQOL, evidenciando uma piora da QV com o aumento da idade, pois os escores do SSQOI total encontrados nessa faixa etária foram menores que 60%. ⁽⁸²⁾ A depressão apresentou correlação importante com SSQOI. ⁽⁶²⁾ Algumas correlações com SF 36 e algumas variáveis foram observadas, porém com o SSQOL foi restrito, o que nos limitou a fazer mais comparações.

A correlação linear entre o escore total do SSQOL com SF-36, IB e IDB evidenciou grau de correlação de moderado a forte. Um estudo encontrou valores de correlação do SSQOL com SF 36 de 0,85, com IB de 0,79 e com IDB de 0,68. ⁽²⁰⁾

Outro pesquisador relatou que a depressão e a dependência do cuidador para AVD's diminuiu significativamente todos os domínios do SF-36. ⁽⁵⁵⁾

Evidenciamos neste estudo, fortes associações entre o IB e domínios cuidados pessoais e mobilidade do SSQOL de 0,77 e de 0,79, respectivamente. O autor do estudo acima citado obteve valor

de correlação de 0,91 entre o domínio cuidados pessoais do SSQOL e IB. ⁽²⁰⁾

A análise de regressão linear múltipla entre o escore total do SSQOL e outras variáveis apontou um $R^2 = 0,362$, o que representa que as variáveis que afetaram negativamente a QV dos pacientes com AVC em reabilitação foram: grau de dependência do cuidador para realização das AVDS, número de AVC, Ensino Fundamental, Ensino Médio, gênero feminino e pessoas que dependem da renda. Já o R^2 entre IDB e as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas e o SSQOL foram de 0,729, apontando que grau de dependência do cuidador para realização das AVDS, número de AVC e IDB foram as variáveis responsáveis em grande parte pela alteração da QV.

A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento desses pacientes de forma a incentivar e auxiliar na realização de atividades. Sua intervenção pode influenciar na recuperação e reabilitação de pacientes com AVC, não só de forma positiva por meio de incentivos, como negativamente, ao subestimar ou superestimar a capacidade dos pacientes. ⁽¹¹⁵⁾

Outro estudo sobre avaliação de QV em pacientes com AVC mostrou que as variáveis como déficit de função física, presença de depressão ou de seus sintomas, ser do sexo feminino e idade avançada podem influenciar negativamente a QV. ⁽⁹⁶⁾ Um pesquisador encontrou em seu estudo apenas para o sexo feminino uma relação significativa entre idade e AVC, no qual a cada ano de idade se tem um aumento de 3,9% nas chances de apresentar AVC. ⁽¹¹⁶⁾

Em outra pesquisa, encontrou-se que pacientes do sexo feminino com AVC têm baixa qualidade de vida, especialmente, no domínio saúde mental, independente da idade, severidade e etiologia do AVC e outras comorbidades. ⁽⁷⁵⁾

No presente estudo, 67% dos pacientes recebiam um salário mínimo e uma mediana de três pessoas que dependia da renda do paciente, evidentemente associou-se a uma precariedade de recurso financeiro desse indivíduo em sobreviver com uma doença de alto impacto econômico.

Dentre os fatores de risco não modificáveis para o AVC, a história prévia de AVC. ⁽¹¹⁷⁾ Neste estudo, o número de AVC foi no mínimo de um e máximo de quatro. Outra pesquisa evidencia que as complicações e/ ou novo AVC foram as causas associadas ao óbito na totalidade de seu estudo. ⁽⁹²⁾ Novas pesquisas referem que a taxa de sobrevida varia, conforme alguns fatores: idade avançada, serviço de saúde utilizado, tipo de AVC, recorrência do AVC, incapacidade e doenças associadas. ⁽⁹²⁾

Outros fatores de risco socioeconômicos estão relacionados ao AVC, como escolaridade, nível de renda e dinheiro suficiente. ⁽¹¹⁶⁾

No corrente estudo, observou-se que os pacientes com Ensino Fundamental obtiveram melhor pontuação no SSQOL. Em pesquisa anterior, foi abordado que a incidência de fatores de risco para o AVC foi maior em pessoas com baixa escolaridade. ⁽⁹⁵⁾ Um novo autor referencia que a escolaridade mais elevada relacionou-se com aumento de sobrevida, ao melhor controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares e à capacidade de retornar ao trabalho. ⁽⁹²⁾

Diversos pesquisadores corroboram, enfatizando que os níveis baixos de educação podem contribuir para o surgimento de AVC. E este quadro, combinado aos fatores socioeconômicos e culturais, pode dificultar a conscientização dos cuidados com a saúde do indivíduo, aderência ao tratamento e manutenção de estilo de vida apropriado que limita os efeitos dos fatores de risco. ^(118, 119)

Uma nova pesquisa realizada na capital de São Paulo, Ribeirão Preto, Salvador e Fortaleza, no total de 801 entrevistados, mostrou que 89,9% dos brasileiros não possuem nenhum tipo de informação sobre o AVC. Dos 10,1% que tiveram acesso às informações a seu respeito de AVC, obtiveram-na escola, em aulas de primeiros socorros obrigatórias para obtenção da carteira de motorista e pela televisão. ⁽¹²⁰⁾

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu as seguintes conclusões:

1. A avaliação da qualidade de vida, conforme o SF-36 mostrou que os domínios mais comprometidos foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais.

2. A avaliação da qualidade de vida específica por intermédio do SSQOL evidenciou escores muito baixos nos domínios: relação social, trabalho e relação familiar. Os demais domínios e o escore total também estavam comprometidos, em torno de 50%.

3. A avaliação da qualidade de vida, conforme o SSQOL, verificou ser estatisticamente significativa e superior em pacientes: do sexo masculino, com Ensino Fundamental completo, que mantinham atividade laboral e que residiam em apartamentos.

4. O índice de Barthel mostrou que 49,7% dos pacientes apresentaram dependência funcional de moderada a severa para as atividades de vida diária, entretanto, o grau de dependência não interferiu significativamente na qualidade de vida específica dos pacientes com AVC em reabilitação.

5. Pacientes com AVC em reabilitação e que não apresentavam sintomas depressivos, conforme o Inventário de Depressão de Beck, tiveram escore total do SSQOL maior, evidenciando melhor qualidade de vida.

6. Os domínios capacidade física, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental do SF-36; o Índice de Barthel e o escore total do Inventário de Depressão de Beck mostraram correlação moderada com o escore total do SSQOL.

7. Maior grau de dependência do cuidador, maior número de AVCs, ser do gênero feminino, maior número de pessoas que dependia da renda mensal e presença de sinais disfóricos ou depressivos, foram as principais variáveis que responderam pela diminuição do escore total do SSQOL.

7 REFERÊNCIAS

1. Giles MF, Rothwel PM. Measuring the prevalence of Stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 30(4):205-6.
2. Diccini S, Bernadina LD. Avaliação Neurológica em Terapia Intensiva: acidente vascular cerebral. In: Cheregatti AL, Amorim CP. *Enfermagem em Terapia Intensiva*. São Paulo (SP) Martinari; 2010. p.153-80.
3. Abe ILM. Prevalência de acidente vascular cerebral em área de exclusão social da cidade de São Paulo, Brasil: utilizando questionário validade de sintomas [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010. 110p.
4. Leite SMA. Disseminação de informações em ações específicas para o acidente vascular cerebral [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro; 2009. 74p.
5. World health organization. The atlas of heart disease and Stroke, from www.who.int/cardiovascular_disease/en/cvd_15_burden_stroke.pdf [internet]. 2008. [acesso em 14 out 2009].
6. Bonita R, Beaglehole R. Stroke prevention in poor countries: time action. *Stroke*. 2007;38(11):2871-2.
7. Pereira UP, Andrade Filho AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
8. Nicoletti A, Sofia V, Giuffrida S, Bartolini A, Bartalesi F, Bartolo ML, et al. Prevalence of stroke: a door-to door survey in rural Bolívia *Stroke*. 2000;31(4):882-5.
9. Minelli C, Fen LF, Minelli DP. Stroke incidence prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brasil: a population-based prospective study. *Stroke*. 2007;38:2906-11.
10. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamilson DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57.

Referências

11. Rodgers H, Greenaway J, Davies T, Wood R, Steen N, Thomson R. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population based study. *Stroke*. 2004;35(1):7-11.
12. Gomes Neto M. Aplicação da escala de qualidade de vida específica para AVE em hemiplégicos agudos: propriedades psicométricas e sua correlação com a classificação internacional funcionalidade, incapacidade e saúde [tese de mestrado]. Minas Gerais: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade de Minas Gerais. 2007, 75p.
13. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Med J*. 2005;123(1):3-4.
14. Mansur AP, Souza MFM, Favarato D, Avakian SD, César LAM, Aldrigui JM, et al. Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996. *Neuroepidemiology*. 2003;22(3):179-83.
15. Lotufo PA, Benseñor IM. Trends of stroke subtypes mortality in São Paulo (1996-2003). *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(4):951-5.
16. Lavados PM, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, case-fatality rate, and prognosis of ischaemic stroke subtypes in a predominantly Hispanic-Mestizo population in Iquique, Chile (PISCIS Project): a community-based incidence study. *Lancet Neurol*. 2007;6(2):140-8.
17. Organização Panamericana OPAS. Rede interagencial de informações para a saúde [internet]. 2007 [acesso em set 2011]. disponível em: [http:// WWW.opas.org.br/ripsa/produto_final_det.cfm?id=9](http://WWW.opas.org.br/ripsa/produto_final_det.cfm?id=9).
18. Araújo DV, Teich V, Passos RBF, Martins SCO. Análise de custo-efetividade de trombólise alteplase no acidente vascular cerebral. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1)12-20.
19. Ministério da Saúde . Mortalidade – Brasil. Óbitos por ocorrência, sexo segundo causa CID- BR – 10. Disponível em [HTTP://: WWW. DATASUS.gov.br/estatisticas vitais-](http://WWW.DATASUS.gov.br/estatisticas_vitais-)

- mortalidade geral/ abrangência geográfica: Brasil por região e unidade de federação. Acessado em 23 de setembro de 2011.
20. Santos AS. Questionário específico de avaliação de qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmica: tradução e adaptação cultural para língua portuguesa falada no Brasil. São Paulo: [tese doutorado]. Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. 2007,126 p.
 21. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS. Brasil.[acesso em 19 de fev 2011]. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>.
 22. Van Exel NJ, Scholte op Reimer WJ, Koopmanschap MA. Assesment of post-strok quality of life in cost-effectiveness studies: The usefulness of the Barthel Index and the EuroQol-5D. *Quality of life Research* 2004; 13(2):427-33.
 23. Ring H. La rehabilitacion en los ancianos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La atencion de los ancianos: um desafio para los años noventa. Washington: Elias Anzola Pérez. 1994; (546): 279- 88. (Publicación Científica, 546)
 24. Assis GA. Neuror- sistema de apoio à reabilitação dos membros superiores de pacientes vítimas de acidente vasculares encefálicos [tese de doutorado]: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. 2010. 188p.
 25. Legg L, Langhorne P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of for randomized trials. *Lancet*. 2004;363(9406):352-56.
 26. Kwakkel G, Van Peppen R, Wagenaar RC, Wood Dauphinee S, Ashburn A, Miller K, et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: A meta-analyses. *Stroke*. 2004;35(11):2529-39.
 27. Aprile I, Di Stasio E, Romitelli F, Lancellotti S, Calliandro P, Tonali P, et al. Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Injury*. 2008;22(6):451-6.

Referências

28. Tirado MGA. Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In: Saldanha AL, Caldas CP. saúde do idoso: a arte de cuidar. 2^a.ed. Rio de Janeiro: Interciência. 2004; p.144-51.
29. OPAS (Organização Panamericana da Saúde), OMS (Organização Mundial de Saúde). A saúde no Brasil. Brasília (DF): As organizações; 1998.
30. Carvalho EF, Lessa F, Gonçalves FR, Silva JAM, Lima MEFL, Melo Júnior SW. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí. 1998; 1:107-19.
31. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2005, 129 p.
32. Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo SQQOL- 39 [tese de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008, 76p.
33. Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: Princípios e Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. 1^aed. São Paulo: Manole; 2006. p. 1- 10.
34. Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos. In: Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. 1^aed. São Paulo: Manole; 2006. p. 11- 18.
35. Guillemin F: Measuring health status cross cultures. Rheumatol Eur 1995; 24 Suppl 2: 102-3.
36. Guillemin F: cross-cultural adaptation e validation of health status measures. Scand J Rheumatol. 1995; 24(2):61-3.
37. Kelly-Hayes M. stroke outcome measures. J.Cardiovasc Nurs. 2004; 19(5):301-7.

38. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: A review of population-based studies of incidence, prevalence, and case fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003;2(1):43-53.
39. Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, Fairhead JF, Giles MF, Lovelock CE, et al. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). *Lancet.* 2005;366(9499):1773-83.
40. Talabi OA. A 3-year review of neurologic admissions in University College Hospital Ibadan Nigeria. *West Afr J Med* 2003;22(2):150-1.
41. Warlow CP. Epidemiology of stroke. *Lancet.* 1998 ;352 suppl 3: 1-4.
42. Johnston M, Pollard B, Morrison V, MacWalter R. Functional limitations and survival following stroke: psychological and clinical predictors of 3-year outcome. *Int J Behav Med.* 2004; 11(4):187-96.
43. Nannetti L, Paci M, Pasquini J, Lombardi B, Taiti PG. Motor and functional recovery in patients with post-stroke depression. *Disabil Rehabil.* 2005; 27(4):170-5.
44. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000; 81(12):1541-46.
45. Suenkeler IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel H, et al. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit disability and depression. *J Neurol.* 2002; 249(9):1160-67.
46. Moon YS, Kim SJ, Kim HC, Won MH, Kim DH. Correlates of quality of life after stroke. *J Neurol Sci.* 2004; 224(1-2):37-41.
47. Rabelo DF, Neri AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estud. Psicol. (Natal)* [online].

- 2006 [acesso 09 dez 2011]; 11(2):169-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200006>.
48. Cruz KCT, Diogo MJD. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paulista*. 2009;22(5):666-72.
 49. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr*. 2004;11(3):106-9.
 50. Rundek T, Sacco RL. Outcome following stroke. In: Mohr JP, et al. *Stroke pathophysiology, diagnosis and management*. 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2004. p. 1089-105.
 51. Scic C, O'Connell B. Stroke: the increasing complexity of care needs. *J. neurosc Nurs*. 2007; 39(3): 172-9.
 52. Caldas CP. AVC no idoso. In Saldanha AL, (org). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2^a Ed. Rio de Janeiro (RJ):Interciência; 2004. 249-55 p.
 53. Gokkaya NKO, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J Rehabili Res*. 2005;28(3):229-35.
 54. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*. 2006; 47(3): 213-18.
 55. Marco E, Duarte E, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, et al. Cuestionario de salud Short Form 36 em pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus. *Neurologia*. 2006;21(7):348-56.
 56. Patel MD, Tiling KL, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD, Mckeivitt C. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age Ageing*. 2006;35(3):273-9.
 57. Olsson BG, Sunnerhagen KS. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after Day

- hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2007;16(5):208-15.
58. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudo sobre a qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev. Neurol.* 2008;46(11):652-5.
59. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Ahmed S, Gordon C, Higgins J, MceEwen S, et al. Disablement following stroke. *Disabil Rehabil.* 1999; 21(5-6):258-68.
60. Delboni MCC, Malengo PCM, Schimidt EPR. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com seqüelas de acidente vascular encefálico. *O mundo da saúde, São Paulo.* 2010; 34(2): 165-75.
61. Maden S, Hopman WM, Bagg S, Vernner J, O' Callaghan CJ. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006; 85(10): 831-8.
62. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. determinants of quality of life (Qol) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. *Arch gerontol Geriatr.* 2011; 53(1): 19-23.
63. Bays CL. Quality of life stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs.* 2001;33(6):310-16.
64. Duarte PS; Ciconelli R M, Sesso RCC. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL- SFTM). *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4): 375-81.
65. Ciconelli, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short - Form Health Survey (SF-36)" [tese mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola paulista de Medicina. São Paulo. 1997.
66. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide Boston: New England Medical Center. 1993.

Referências

67. Ware Jr JE, Kosinski M, Bayliss MS, MCHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analyses of SF- health profile and summary measures; summary results from the medical outcomes study. *Med Care*. 1995; 33 suppl 4: 267-79.
68. Williams LS, Weinberg M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999; 30(7): 1362- 9.
69. Erban P, Woertgen C, Luerding R, Bogdahn U, Schlachetzki F, Horn M. Long-term outcome after hemispherectomy for space occupying right hemispheric MCA infarction. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006; 108(4):384-7.
70. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *MD State Med J*. 1965; 14:61-5.
71. Gorenstein C, Andrade LHS. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1998; 25(5): 245-50.
72. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 288 p.
73. Patel MD, McKevitt C, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD. Clinical determinants of long-term quality of life stroke. *Age Ageing*. 2007; 36(3): 316-22.
74. Muus I, Williams LS, Ringsberg KC. *Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reability and validity of the Danish version (SS-QOL-DK)*. *Clin Rehabil*. 2007; 21(7):620-7.
75. Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, Boysen G, De Deyn PP, Leys D, et al. Sex Differences in Quality of Life in Stroke Survivors: Data From the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007;38(11):2960-4.
76. American Heart Association. *Heart disease and stroke statistics- 2010 update*. Dallas, Texas: s.n.2010.
77. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5): 1586-94.

Referências

78. Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke e subtypes mortality in São Paulo, Brasil. *Arq. Neuropsiquiatria*. 2007; 65(3-B): 752-7
79. Owolabi MO. Determinants of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2008; 102 (12): 1219-25.
80. Fróes KSSO. Qualidade de vida relacionada à saúde dos adultos com seqüelas de acidente vascular cerebral [tese de mestrado]. Fortaleza (Ce): Universidade de Fortaleza; 2008. 105p.
81. Lee AC, Tang SW, Tsoi TH, Fong DY, Yu GK. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. *Journal of advanced Nursing* 2008; 65(3): 554-64.
82. Schwab-Malek S, Vatankhah B, Bogdahn U, Horn M, Audebert HJ. Depressive symptoms and quality of life trombolysis in stroke: the TEMPIS study. *J.Neurology* 2010;257(11):1848-54.
83. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESSP. *Revista Neurociências* 2004;12(3):117-22.
84. Bruno AA, Farias CA, Ityia GT, Masiero D. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação. *Acta Fisiatr*. 2000;7(3):92-4.
85. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan P, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008;7(10):915-26.
86. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1999;9:509-18.
87. Cabral NL. Avaliação da incidência, mortalidade, letalidade por doença cérebro vascular em Joinville, Brasil: comparação entre o ano 1995 e o período 2005-6 [tese de doutorado]. São Paulo (SP): universidade de São Paulo Faculdade de medicina. 2008; 98 p.
88. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Júnior RSP, Barbosa MTS. Prevalência de Acidente vascular cerebral em idosos no município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do

- rastreamento do programa da saúde da família. *Cad Saúde Pública RJ*. 2009; 25(9): 1929- 36.
89. Johnston DC, Hill MD. The With transient cerebral ischemia: a golden opportunity for stroke prevention. *CMAJ*. 2004; 170(7):1134-7.
90. Brol AM, Bortoloto F, Mangagin NMS. Tratamento de restrição e indução do movimento na reabilitação funcional de pacientes pós acidente vascular encefálico: uma revisão bibliográfica. *Fisioter. Mov*. 2009; 22(4): 497-509.
91. Nir Z, Greeberger C, Bachner YG. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs*. 2009; 41(2): 92-5.
92. Falcão IV. A incapacidade como expressão do Acidente Vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife (Pe). [tese de mestrado] Recife Pe : Fundação Osvaldo Cruz; 1999. 156 p.
93. Eyzaguirre C, Fidone SJ. Fisiologia do sistema nervoso. Áreas motoras do córtex. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997; p.261-87.
94. Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com qualidade de vida de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev Bras. Ciên e Mov*. 2002; 10(1): 47 -54.
95. Aprille I, Piazzini DB, Bertolini C, Pazzaglia C, Tonali P, Caliandro P, et al. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci*. 2006; 27(1): 40-6.
96. Hopman WN, Verner J. Quality of life During and After Inpatient Stroke rehabilitation. *Stroke*.2003; 34(3):801-5.
97. Carod-Artal FJ, Coral LF, Trizotto DS, Moreira CM. The Stroke Impact Scale 3.0. Evaluation of Acceptability, Rehabilit, and Vality of Brazilian Version. *Stroke*. 2008; 39(9):2477-84.
98. Studenski S, Duncan PW, Pereira S, Reker D, lai SM, Richards L. Daily Functioning and Quality of life in a Randomized Controlled Trial of Therapeutc Exercise for Subacute Stroke Survivors. *Stroke*. 2005; 36(8):1764-70.

99. Mota J.F, Nicolato R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral: instrumentos de avaliação e seus resultados. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(2):148-56.
100. Cordinni KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *Jornal Bras Psiquiatr.* 2005; 54(4): 312-17.
101. Carod-Artad FJ. Specific scales for rating quality of life after stroke. *Rev. Neurol.* 2004; 39(11): 1052-62.
102. Kranciukate D, RastenYTE D. Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicine Kaunas.* 2006; 42(9):709-16.
103. Kim P, warren S, Madil H, Hadley M. Quality of life of stroke e survivors. *Qual life Res.* 1999; 8(4):293-301.
104. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke.* 2000; 31(12): 2995-3000.
105. Mackenzie AE, Chang AM. Predictors of quality of life following stroke. *Disabil. Rehab.* 2009;24(5): 259-65.
106. Jaracz K, kozubski W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol. Scand.* 2003; 107(5): 324-9.
107. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RA, Gillian AK, Srikanth V, et al. Quality of life after stroke. The north cast Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke.* 2004; 35(10): 2340-5.
108. Lima ML. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. [tese de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010. 124p.
109. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfè G. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993;24(10):1478-83
110. Astrom M, Asplund K, Astrom T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke* 1992;23(4):527-31.
111. Brito ES, Rabinovich EP. A família também adoece!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular

- encefálico á família. Interface Comunicação saúde e educação. 2008 12(27): 783-94.
112. De Haan RJ, Limburg M, Van Der-meulen JHP, Jacobs HM, Aaronson Nk. Quality of life after stroke – Impact of Stroke Type and lesion location. *Stroke*. 1995;26: 402-8.
113. Ellis C, ZhaoY, Egede LE. Depression and Increased Risk of Death in Adults with Stroke. *J Psychosom Res*. 2010; 68 (6): 545-51.
114. Terroni LMN, Leite CC, Tinone G, Fráguas Jr R. Depressão pós AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev. Assoc Med Brás*. 2003;49(4): 450-9.
115. Costa F, Oliveira S, Magalhães P, Costa P, Papini R, Silveira M, et al . Nível de conhecimento da população adulta sobre Acidente Vascular cerebral (AVC) em pelotas –RS. *J Bras Neurocir*. 2008; 19(1): 31-7.
116. Sawada CS. Fatores associados ao AVC entre idosos no município de São Paulo – resultado de estudo SABE. [tese de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009. 61 p.
117. Swearingen Pl, Keen J. Manual de enfermagem no cuidado crítico. Intervenções de enfermagem e problemas colaborativos. 4ª. Ed. Porto Alegre: Artmed; reimpressão 2009. 943p.
118. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. São Paulo. 1999; 33(5): 445-53.
119. Perlini NMOG. Cuidar da pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer no cuidado domiciliar. [tese de mestrado]. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2000. 136p.
120. Pontes Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, Massaro AR, leite JP, Rocha TN, et al. Stroke Awareness in Brazil- Alarming results in a Community- based study. *Stroke*. 2008; 39(2): 292-6.

Bibliografia Consultada

1. Magalhães MN, Lima ACP. Noções de Probabilidade e Estatística. 3^a.ed. São Paulo: IME-USP; 2001.
2. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. Applied Linear Statistical Models. 4^a ed. U.S.A: Times Mirror Higher Education Group. 1996. 1408 p.
3. Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua Tese: estrutura e referências. 2^a.ed. São Paulo: Rev Ampl; 2005. 122 p.

8 ANEXOS

Anexo 1

Aprovação do CEP UNIFESP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 15-10-2009 23:30:05
Página: 1/2
JJ = 0039

São Paulo, 09 de Outubro de 2009
CEP 1446/09

Ilmo(s). Sr(a).

Pesquisador(a) EDJA SOLANGE SOUZA RANGEL
Co-Investigadores: ANGÉLICA BELASCO; EDJA SOLANGE SOUZA RANGEL; SOLANGE DICCINI;
Disciplina/Departamento FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador (Recursos Próprios)

CARTA DE APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado:

'QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL'

ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: Não há necessidade de envio à CONEP para análise

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO: Observacional

RISCO PACIENTE: Risco mínimo, sem procedimento invasivo

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral

RESUMO: O estudo será realizado no Posto de Saúde PAM Salgadinho, Secretaria Municipal de Saúde e na Associação de Deficientes Físicos de Alagoas - ADEFAL na cidade de Maceió, AL. Serão incluídas pacientes com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, com evolução clínica superior a 3 meses após AVC, que estejam no programa de reabilitação. Deverão ser incluídas 130 pacientes. Os dados serão coletados mediante entrevistas individuais com a utilização de cinco instrumentos: um contendo informações demográficas, sociais e clínicas do paciente; questionário genérico (SF-36), instrumento específico para doenças cérebro vasculares (SS-QOL); índice de Barthel para avaliar independência funcional e Inventário de Depressão de Beck.

FUNDAMENTAÇÃO RACIONAL: As sequelas advindas do AVC implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o evento, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de suas atividades cotidianas básicas. O emprego de instrumentos que avaliem a qualidade de vida destes indivíduos pode ser de extremo valor, uma vez que poderá contribuir para que o paciente perceba e reflita sobre sua qualidade de vida, como também, poderá subsidiar análise da eficácia e ou efetividade terapêutica e direcionar meios preventivos para referida população ao mesmo tempo desafiar a instituição e sociedade na busca de estratégias de melhor acolher estes usuários.

MATERIAL E METODO: Estão descritos os procedimentos, apresentando os instrumentos utilizados na coleta de dados. Apresenta parecer de aprovação do CEP da UNCISAL e autorização dos locais onde será conduzida a pesquisa

TCLE: Apresentou TCLE que será aplicado aos pacientes, aprovado pelo CEP da UNCISAL

DETALHAMENTO FINANCEIRA: Sem financiamento externo - R\$ 3525,35

CRONOGRAMA: 18 meses

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado

PRIMEIRO RELATÓRIO PREVISTO PARA: 14/10/2010, os demais relatórios deverão ser entregues ao CEP anualmente até o término do estudo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 15-10-2009 23:30:05
Página: 2/2
Id = 5235

competentes.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Osmar Medina Pestana', is written over a light blue horizontal line.

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Anexo 2

Aprovação CEP da UNCISAL


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Transferência para Lei nº 1.699 de 22 de dezembro de 2015
Campus Governador Leônidas Figueira
Rua Jorge de Lima, 113 - Fátima da Rêta,
CEP 57.010-300 - Maceió AL

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UNCISAL

Protocolo N° 983

Título: "Qualidade de vida dos pacientes com seqüelas após Acidente Vascular Cerebral"

Pesquisador Responsável: Edja Solange Souza Rangel

Maceió, 23 de outubro de 2008

Sr^(a). Pesquisador(a),

Conforme deliberação em plenária ordinária do CEP/UNCISAL ocorrida no dia 22/10/08 foi de consenso a **aprovação** do protocolo nº 983, intitulado: "Qualidade de vida dos pacientes com seqüelas após Acidente Vascular Cerebral", podendo a pesquisa ser iniciada.

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Atenciosamente,


GRACILANO RAMOS ALENCAR DO NASCIMENTO
Coordenador do CEP

Anexo 3

Termo de autorização para coleta de dados PAM Salgadoinho



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 UNIDADE ESPECIALIZADA PAM SALGADINHO

Anexo I - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PAM SALGADINHO

Ao Sr. Dr. Humberto Santos Júnior
 Diretor Médico Geral do Posto de saúde Pam Salgadoinho - Maceió AL

Eu, Edja Solange Souza Rangel, solicito autorização das intervenções pertinentes à coleta de dados neste campo para o projeto de pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**, com objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com AVC, participantes de programas de reabilitação. O projeto consta da aplicação de questionários aos pacientes que será realizado pelo pesquisador. Esta pesquisa proporcionará a obtenção do título de mestre em enfermagem e está vinculado ao programa de Pós-graduação por meio de convênio com a Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL e Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina - UNIFESP.

Atenciosamente!

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**, AUTORIZO o procedimento de coleta de dados neste local.

Humberto S. Júnior
 Diretor Médico

HUMBERTO SANTOS JÚNIOR

Maceió - AL, 13 de agosto de 2008

CNPJ 00.204.125/0001-33

PAM SALGADINHO

Rua Mizaél Domingues, 241

Poço - CEP 57020-600

Maceió - AL

Anexo 4**Termo de autorização para coleta de dados ADEFAL****Anexo II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

A Sr^a. Dr^a Zeldá Pedrosa Oliveira Ribeiro

Diretora Técnica e médica da Associação de Deficientes Físicos de Alagoas-
ADEFAL

Eu, Edja Solange Souza Rangel, solicito autorização das intervenções pertinentes à coleta de dados neste campo para o projeto de pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**, com objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral, participantes de programa de reabilitação. O projeto consta da aplicação de questionários aos pacientes que será realizado pelo o pesquisador. Esta pesquisa proporcionará a obtenção do título de mestre em enfermagem e está vinculado ao programa de Pós -graduação por meio de convênio com a Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas- UNCISAL e Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina –UNIFESP.

Atenciosamente!

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa **QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SEQUELAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**, AUTORIZO o procedimento de coleta de dados neste local.


ZELDA PEDROSA OLIVEIRA RIBEIRO

Maceió- Al, 07 de Agosto de 2008

Anexo 5

Termo de Consentimento Livre esclarecido

1. Título do estudo

Qualidade de vida dos pacientes com seqüelas após acidente vascular cerebral.

2. Objetivo do estudo

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com seqüelas após AVC que freqüentam os programas de reabilitação do PAM Salgadinho e ADEFAL na cidade de Maceió –Al.

3. Descrições dos desconfortos e riscos

Riscos:

Constrangimento para responder o questionário por dificuldade, limitação e entendimento.

Incômodo devido à ocupação do seu tempo para participar da entrevista.

Para atenuar estes riscos, o pesquisador lhe esclarecerá a respeito de cada questão do questionário e o ajudará todo o tempo nas suas dificuldades e ainda, será otimizado seu tempo com programação de sua entrevista adequando sua disponibilidade.

A sua decisão em participar ou não do estudo não impede sua continuação no programa.

4. Descrição dos benefícios:

A partir dos resultados da pesquisa pode o estudo mobilizar entidades sociais, políticas e culturais na busca de uma melhor qualidade de vida para você;

Você pode ser beneficiado ao pensar sobre a sua qualidade de vida;

Poderá servir de fundamento para analisar suas expectativas em relação à qualidade de sua vida;

Reflexão da qualidade de sua vida no programa.

5. Garantia de acesso

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é enfermeira EDJA SOLANGE SOUZA RANGEL (COREN- AL 73543) que pode ser encontrada no endereço: Posto de Saúde Pam salgadinho, Rua: Mizael Domingues, 241. Centro, Maceió AL. CEP 57025-000, Fone: +82-3315-5311 correio eletrônico: edjasrangel@hotmail.com se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Rua Doutor Jorge de Lima 113, 3º andar; fone: +82 3326 2851. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

6. Retirada do consentimento

O (a) senhor terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma a qualquer momento e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Poderá também, solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo em qualquer etapa, se achar necessário.

[Use este quadro apenas se necessário]

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no estudo que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

CIDADE: _____ DATA: _____
Assinatura do pesquisador: _____
Assinatura do participante: _____
Testemunha: _____
Testemunha: _____

7 Direito de confidencialidade

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação.

8. Garantia de acesso aos dados

O senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

9. Despesas e compensações

Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

10. Direito de indenização

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

11. Princípio de especificidade

O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu discuti com a EDJA SOLANGE SOUZA RANGEL (COREN-AL 73543) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo neste estudo, não me ficando dúvidas sobre os procedimentos a que serei submetido. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo:

Qualidade de vida do paciente com seqüelas após acidente vascular cerebral.

Assinatura do paciente/representante legal _____ Data ____/____/____

(Somente para o responsável do estudo)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo. Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo _____

12. Quantas pessoas dependem da renda?1. **13. Qual situação atual de renda individual que possui?**

1. 01 SM
2. Mais de 02 SM
3. 3 a 4 SM
4. 5 a 6 SM
5. Mais de 6 SM
6. nenhum
7. Não desejo responder

14. Qual tipo de doença possui?

1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
2. Diabetes Melitus (DM)
3. Cardiopatia
4. Insuficiência renal
5. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
6. Outra
7. Não sei

15. situação conjugal?

1. casado
2. solteiro
3. divorciado
4. Viúvo (a)

16. Qual o tempo de reabilitação?

1. Meses
2. Não sei

17. Qual tempo do AVC em meses?1. **18. Classificação do AVC :**

1. Isquêmico
2. Hemorrágico

19. Qual tipo de sequela possui?

1. Motora
2. fala
3. Motora e fala

20. Qual o número de AVC ?1. **21. Qual lado afetado pelo o AVC?**

1. Direito
2. Esquerdo

Anexos

3. Direito e esquerdo

22. Possui cuidador?

1. sim
2. Não

23. Se sim, qual o tipo de cuidador possui?

1. Esposa
2. Esposo
3. Filha (o)
4. outros

24. Qual o grau de dependência do cuidador ?

1. Não dependente
2. Parcialmente dependente
3. Totalmente dependente

25. Qual tipo de transporte utilizado para acesso ao serviço de reabilitação?

1. Carro próprio
2. Taxi
3. Ônibus
4. Transporte da instituição
5. nenhum
6. outro

26. Qual tipo de reabilitação realiza?

1. Fisioterapia
2. Terapia ocupacional
3. Fonoterapia
4. Psicologia
5. Participação de grupo
6. outros
7. TOTAL

27. Qual a periodicidade da reabilitação semanal?

1. Uma vez por semana
2. Duas vezes por semana
3. Três vezes por semana

Anexo 7

Questionário SF- 36

1 SF – 36 PEQUISA EM SAÚDE	SCORE ____
-----------------------------------	-------------------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 - Em geral você diria que sua saúde é:**(Circule uma)**

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

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

Anexos

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule um número em cada linha)

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

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

(Circule uma)

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

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

(Circule uma)

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

8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

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

Anexos

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

(Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a - Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b – Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c - Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d - Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e - Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

Anexos

f - Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I - Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(Circule uma)

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

11 – O quanto verdadeiro ou **falso** é cada uma das afirmações

(Circule um número em cada linha)

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

Anexo 8

Questionário SSOQL

INSTRUMENTO SSQOL ADAPTADO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA FALADA NO BRASIL²⁴

Iniciais do paciente:

Data:.....

Gostaríamos de saber como você está lidando com atividades ou sentimentos que podem, às vezes, ter sido afetados pelo derrame. Cada pergunta questiona sobre uma atividade ou sentimento específico. Para cada pergunta, pense sobre como esteve aquela atividade ou sentimento **durante a semana passada**.

O primeiro grupo de perguntas refere-se ao grau de dificuldade que você apresenta com uma atividade específica. Cada pergunta discursa sobre problemas que algumas pessoas apresentam após o derrame. Assinale no quadrado o número que melhor descreve o grau de dificuldade que você teve com aquela atividade **durante a semana passada**.

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
CP1. Você teve dificuldade para preparar a comida?	1	2	3	4	5
CP2. Você teve dificuldade para comer?	1	2	3	4	5
CP4. Você teve dificuldade para se vestir, por exemplo, para vestir as meias ou colocar os sapatos, para fechar botões ou zíper?	1	2	3	4	5
CP5. Você teve dificuldade para tomar banho de banheira ou de chuveiro?	1	2	3	4	5
CP8. Você teve dificuldade para usar a privada?	1	2	3	4	5

Anexos

V1.	Você teve dificuldade para assistir televisão de forma que lhe impedisse apreciar um programa?	1	2	3	4	5
V2.	Você teve dificuldade para alcançar objetos devido a problemas de visão?	1	2	3	4	5
V3.	Você teve dificuldade para enxergar coisas em um dos lados da visão?	1	2	3	4	5
L2.	Você teve dificuldade para falar, por exemplo, travar, gaguejar, enrolar ou pronunciar as palavras?	1	2	3	4	5
L3.	Você teve dificuldade para falar e ser compreendido ao telefone?	1	2	3	4	5

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	
L5.	Outras pessoas tiveram dificuldade para entender o que você disse?	1	2	3	4	5
L6.	Você teve dificuldade para encontrar a palavra que queria dizer?	1	2	3	4	5
L7.	Você precisou repetir para que os outros lhe compreendessem?	1	2	3	4	5
M1	Você teve dificuldade para andar? (se você não pôde andar circule 1 e vá para a pergunta M7)	1	2	3	4	5
M4	Você perdeu o equilíbrio ao se curvar e tentar pegar alguma coisa?	1	2	3	4	5
M6	Você teve dificuldade para subir escadas?	1	2	3	4	5
M7	Você teve dificuldade para andar ou usar cadeira de rodas, necessitando parar ou repousar?	1	2	3	4	5
M8	Você teve dificuldade para ficar de pé?	1	2	3	4	5
M9	Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	1	2	3	4	5

Anexos

T1. Você teve dificuldade para realizar tarefas domésticas diárias?	1	2	3	4	5
T2. Você teve dificuldade para terminar tarefas que iniciou?	1	2	3	4	5
T3. Você teve dificuldade para realizar tarefas que costumava fazer?	1	2	3	4	5

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
FM1 Você teve dificuldade para escrever ou datilografar?	1	2	3	4	5
FM2 Você teve dificuldade para vestir as meias?	1	2	3	4	5
FM3 Você teve dificuldade para fechar os botões?	1	2	3	4	5
FM5 Você teve dificuldade para fechar o zíper?	1	2	3	4	5
FM6 Você teve dificuldade para abrir uma vasilha?	1	2	3	4	5

O próximo grupo de questões pergunta o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Cada questão se refere a um problema ou sentimento que algumas pessoas apresentam após o derrame. Circule o número no quadrado que melhor expresse como você se sentiu a respeito de cada uma das afirmações **durante a semana passada**.

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Concordo muito	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo muito

Anexos

MP2	Foi difícil para eu me concentrar.	1	2	3	4	5
MP3	Eu tive dificuldade em lembrar de coisas.	1	2	3	4	5
MP4	Eu tive que anotar coisas pra me lembrar.	1	2	3	4	5
C1.	Eu estava irritável.	1	2	3	4	5
C2.	Eu estava impaciente com os outros.	1	2	3	4	5
C3.	Meu comportamento mudou.	1	2	3	4	5

DURANTE A SEMANA PASSADA:

	Concordo muito	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo muito	
A2.	Eu estava desanimado com meu futuro.	1	2	3	4	5
A3.	E u não estava interessado em outras pessoas ou atividades.	1	2	3	4	5
RF5.	Eu não participei de atividades de lazer com minha família.	1	2	3	4	5
RF7.	Eu me senti um peso para a minha família.	1	2	3	4	5
RF8.	Minha condição física interferiu na minha vida familiar.	1	2	3	4	5
RS1.	Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS4.	Eu pratiquei meus passatempos e outras atividades de lazer por tempo menor que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS5.	Eu não vi tantos amigos quanto gostaria.	1	2	3	4	5
RS6.	Eu pratiquei sexo menos frequentemente do que eu gostaria.	1	2	3	4	5

Anexos

RS7. Minha condição física interferiu na minha vida social.	1	2	3	4	5
A6. Eu me senti afastado das outras pessoas.	1	2	3	4	5
A7. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1	2	3	4	5
A8. Eu não estava interessado em comida.	1	2	3	4	5
E2. Eu me senti cansado na maior parte do tempo.	1	2	3	4	5
E3. Eu tive que parar e descansar frequentemente durante o dia.	1	2	3	4	5
E4. Eu estive muito cansado para fazer o que eu gostaria	1	2	3	4	5

Anexo 9

Questionário Índice de Barthel

Iniciais:-----**..1.1 Local:** ----- **Data:**-----**1) Como você realiza as suas refeições ?**

10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.

5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2) Como você toma seu banho ?

5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro , de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.

0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

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

10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda.

5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.

0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4) Como você realiza seus asseios ?

5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.

0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

5) Como é sua evacuação ?

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

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

- 10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda , urinol ,garrafa).
- 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
- 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7) Como você vai ao banheiro ?

- 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.
- 5 – Necessita ajuda.Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.
- 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

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

- 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.

Anexos

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

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

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

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

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

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

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

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

VALORES :

Severa : < 45 pontos

Grave : 45 – 49 pontos

Moderada : 60 – 80 pontos

Leve : 80 – 100 pontos

PONTUAÇÃO TOTAL :-----

Anexo 10

Inventário de depressão de Beck

Iniciais: _____

Local: _____ Data: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

2 Iniciais: _____

3 Local: _____

4 Data: _____

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

- 4. 0** Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
- 5. 0** Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
- 6. 0** Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
- 7. 0** Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
- 8. 0** Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9. 0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10. 0** Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM

() NÃO ()

20.0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.



www.editoraperformance.com.br
editoraperformanceoficial
E-mail: editoraperformance@gmail.com
(82) 99982-6896