



**UNIATENEU – CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ANA BEATRIZ CASTRO OLIVEIRA
ELIZANDRA MENEZES MAIA
JOÃO VICTOR PEREIRA DA SILVA
WÊNIA SÂMIA BANDEIRA FERREIRA

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Fortaleza
2019

ANA BEATRIZ CASTRO OLIVEIRA
ELIZANDRA MENEZES MAIA
JOÃO VICTOR PEREIRA DA SILVA
WÊNIA SÂMIA BANDEIRA FERREIRA

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido
ao Centro Universitário UNIATENEU como
pré-requisito para obtenção do título de
graduado em Fisioterapia.

Orientadora: Mestre Paula Pessoa de Brito Nunes
Coorientadora: Mestre Juliana Montenegro

Fortaleza
2019

ANA BEATRIZ CASTRO OLIVEIRA
ELIZANDRA MENEZES MAIA
JOÃO VICTOR PEREIRA DA SILVA
WÊNIA SÂMIA BANDEIRA FERREIRA

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido
ao Centro Universitário UNIATENEU como
pré-requisito para obtenção do título de
graduado em Fisioterapia.

Orientadora: Mestre Paula Pessoa de Brito Nunes
Coorientador(a): Mestre Juliana Montenegro

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Dra. Paula Pessoa de Brito Nunes
Mestre em Saúde Coletiva
Centro Universitário – UNIATENEU

Dra. Rafele Teixeira Borges
Doutora em Saúde Coletiva
Centro Universitário – UNIATENEU

Dr. Rafael Barreto de Mesquita
Doutor em Saúde, Medicina e Ciências da vida
Universidade Federal do Ceará – UFC

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Quality of life in packages accepted by brain vascular accident

Ana Beatriz Castro Oliveira¹
Elizandra Menezes Maia¹
João Victor Pereira da Silva¹
Wênia Sâmia Bandeira Ferreirra¹
Paula Pessoa de Brito Nunes²

RESUMO

Acidente vascular encefálico (AVE) é um evento causado por interrupção ou extravasamento do fluxo sanguíneo no encéfalo, ocasionando infarto do tecido neural, déficits nas funções neurológicas, resultando em óbito. Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes acometidos por AVE. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo transversal, com pacientes acometidos pelo AVE, de ambos os sexos, com idade acima de 21 anos. Foram aplicados os questionários: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Sociodemográfico, e SF-36 (um questionário reconhecido como “padrão-ouro” para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde). Resultados: Durante a realização do estudo, 20 pacientes estavam em atendimento. Desses, apenas 15 atingiram a pontuação necessária no MEEM para entrar na pesquisa (20 pontos); 9 (60,0%) eram do sexo masculino e 6 (40,0%) do sexo feminino. Quanto à faixa etária, a predominância de indivíduos entre 51 a 55 anos: 4 (26,7%), e 61 a 65 anos: 3 (20%). Em relação à raça, a branca e a parda se igualaram com 7 (46,7%). Ao tipo de AVE, observou-se que 11 (73,3%) dos pacientes sofreram AVEI, e 4 (26,7%) sofreram AVEH. Quanto ao tempo ocorrido do AVE, 12 (80%) tinham tido há mais de 1 ano. Foram observados baixos escores em todos os domínios da SF-36, principalmente nos aspectos físicos (26,66), capacidade funcional (43,33), e aspectos emocionais (41,93). Conclusão: Nossos resultados mostram uma baixa da QV em paciente acometidos por AVE.

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

QUALITY OF LIFE IN PACKAGES ACCEPTED BY BRAIN VASCULAR ACCIDENT

Ana Beatriz Castro Oliveira¹
Elizandra Menezes Maia¹
João Victor Pereira da Silva¹
Wênia Sâmia Bandeira Ferreirra¹
Profa. Ms. Paula Pessoa, de B. Nunes

ABSTRACT

Stroke is an event caused by interruption or extravasation of blood flow in the brain, causing neural tissue infarction, deficits in neurological functions, resulting in death. Objective: To evaluate the quality of life of stroke patients. Methodology: This is a descriptive, exploratory, cross-sectional study with stroke patients of both sexes, aged over 21 years. SF-36 (this is a “gold standard” questionnaire to assess health-related quality of life.) Results: Twenty patients were in attendance during the study, of which only 15 achieved the MMSE score needed to enter the survey (20 points). 9 (60.0%) were male and 6 (40.0%) female, regarding the age group predominance of individuals between 51 to 55 years 4 (26.7%) and 61 to 65 years 3 (20 %), regarding race, white and brown were equal with 7 (46.7%), the type of stroke was observed that 11 (73.3%) of the patients suffered EVAI and 4 (26.7%)) AVEH. The stroke time, 12 (80%) had had more than 1 year. Low scores were observed in all domains of SF-36, especially in physical aspects (26.66), functional capacity (43.33), and emotional aspects (41.93). Conclusion: Our results show a lower QoL in patients withstroke.

Keywords: Stroke. Quality of life

¹ Aluna do Curso de Fisioterapia. E-mail: obeaoliveira@gmail.com

¹ Aluna do Curso de Fisioterapia. E-mail: elizandramenezesmaia@hotmail.com

¹ Aluno do Curso de Fisioterapia. E-mail: viictorsilvaa13@gmail.com

¹ Aluna do Curso de Fisioterapia. E-mail: wennisamias@gmail.com

² Profa. Orientadora do Curso de Fisioterapia. E-mail: paula.nunes@uniateneu.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é conhecido, na atualidade, como Acidente Vascular Encefálico (AVE). Decorre de um evento causado por uma interrupção do fluxo sanguíneo, ou extravasamento de líquido para o encéfalo, que pode resultar em óbito devido a um problema vascular, ocasionando infarto ou hemorragia do tecido neural e apresentando, como consequência, déficits nas funções neurológicas (SACCO, 2005; VIEIRA et al., 2014).

Segundo Goldman et al. (2008), o grau de comprometimento da lesão é classificado de duas formas: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) e Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI). O AVEH decorre de um extravasamento de sangue, atingindo as estruturas do sistema nervoso central; enquanto o AVEI é decorrente da obstrução dos vasos, dificultando o suprimento de oxigênio e substratos para o tecido cerebral, resultando de processos ateroscleróticos ou embólicos (CHAVES et al., 2000).

O AVE apresenta elevada taxa de incapacidades e morbimortalidades, sendo assim considerado um problema crônico de saúde pública e a segunda maior causa de morte no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), estima-se que até 2030 o AVE continue sendo a segunda maior causa de morte, responsável por 12,2% dos óbitos previstos, atingindo cerca de 15 milhões de pessoas por ano e cerca de 5 milhões de óbitos (ARAÚJO et al., 2017).

Estudos estatísticos, realizados no Brasil, demonstram que as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar como o principal causador de morte, sendo mais frequente o AVE do tipo isquêmico, com 85% dos casos. No ano de 2016, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram registrados 40.019 óbitos e 188.223 internações para tratamento e reabilitação no SUS (MANIVA et al., 2012; BOTELHO et al., 2016).

Segundo Lima et al. (2011), o AVE é uma doença grave no Brasil, geradora de incapacidades crônicas, causando perda da independência, tornando o paciente dependente de alguém que o auxilie nas suas atividades de vida diária.

O quadro de morbidade deixa sequelas e incapacidades severas, resultando em declínios de sua funcionalidade, competência e destreza na hora

de determinar e conduzir sua vida de forma autônoma. Segundo Barbosa et al. (2014), o AVE causa problemas psicossociais e dependência funcional como: deficiências sensoriais, disfunções cognitivas, distúrbios de comunicação, alterações posturais e da marcha, afetando o seu desempenho em realizar suas atividades da vida diária (AVD'S) (MARQUES et al., 2010; BELCHIOR, 2013).

Devido ao declínio da independência e destreza ao realizar suas AVD'S, o indivíduo passa a depender de forma parcial ou total do auxílio de familiares ou cuidadores. Essa nova realidade pode desencadear estresse, ansiedade ou quadros depressivos, sendo essencial que o paciente seja apoiado e assistido por familiares e profissionais para voltar a adquirir as habilidades necessárias e a desenvolver confiança, melhorando seu desempenho, habilidades e sua qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2012; PAVIN et al., 2013; PEREIRA, 2013; SÁ et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), a qualidade de vida refere-se a tudo o que engloba desde a saúde mental, física e psicológica até todo o contexto social e cultural em que esse indivíduo vive e a que está exposto. Logo, a dependência funcional e quadros depressivos influenciam diretamente na QV desses pacientes.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu a partir da experiência que os pesquisadores tiveram em um centro especializado no cuidado de pacientes com Acidente Vascular Encefálico, onde foi vivenciado o cotidiano desses últimos. Este estudo torna-se relevante, pois, através dos dados coletados, foi possível verificar os principais fatores que alteram a QV desses pacientes, podendo assim elaborar estratégias de promoção de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida.

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes acometidos com o acidente vascular encefálico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo transversal, que respeitou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013), aprovado com o parecer (nº 3.506.088) pelo Comitê de Ética do Centro Universitário UNIATENEU, Fortaleza-Ceará.

Para a realização do estudo, foram convidados todos os pacientes com diagnóstico clínico de AVE, com idade acima de 21 anos, de ambos os sexos, e que estavam em atendimento nas clínicas CISA (Centro Integrado de Saúde) e Qualivida, no município de Fortaleza-Ceará, no período da coleta que ocorreu em setembro e outubro de 2019.

Após o esclarecimento detalhado do estudo, foi solicitado que os indivíduos ou o cuidador/acompanhante assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa aqueles com incapacidade de comunicação (afasia, dispraxia oral e dispraxia da fala, e a disartria), déficit cognitivo e visual grave que impediam a compreensão e que não atingiram a pontuação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Após as autorizações, os pacientes foram submetidos à coleta dos dados, que ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, houve a aplicação de três instrumentos de coleta, aplicáveis e sigilosos. Os questionários foram aplicados nas próprias clínicas, após o atendimento, e em local reservado, sem que houvesse interferência na rotina de tratamento desses pacientes.

Os instrumentos de coleta aplicados na primeira etapa foram: 1) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), versão brasileira; 2) Questionário Sociodemográfico, histórico de saúde e estilo de vida; e 3) SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*).

O MEEM serve para rastrear declínios cognitivos, demências e selecionar os pacientes que estão aptos a responderem os demais questionários, com ponto de corte de 20 pontos. O MEEM é um instrumento utilizado para a avaliação da função cognitiva, parâmetros quanto à orientação temporal e espacial, memória imediata, cálculo, linguagem e apraxia construtiva. A pontuação máxima é de 30 pontos, que pode ser influenciada pela escolaridade do indivíduo (BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003).

O Questionário Sociodemográfico, histórico de saúde e estilo de vida, elaborado pelos pesquisadores com base nas informações contidas na Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), possui 35 questões com variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, renda mensal, situação da moradia, composição familiar), histórico de saúde (tipo de AVE, tempo do ocorrido, fatores de risco e se realiza tratamento), estilo de vida (prática de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas, nível de estresse).

O SF-36 (*Medical Outcomes Short-Form 36-item Health Survey*) é um questionário multidimensional, de fácil compreensão, traduzido e validado no Brasil (CICONELLI et al., 1999). O SF-36 é reconhecido como “padrão-ouro” para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), servindo como uma escala válida para as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, e vem sendo extensamente utilizada em sobreviventes de AVE, permitindo traçar um perfil global das suas condições funcionais, psicossociais e de suas expectativas em relação à vida (MAYO et al., 2002; MAKIYAMA et al., 2004; PATEL et al., 2006).

O questionário é composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: 1) Capacidade Funcional – 10 itens que avaliam a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; 2) Aspectos Físicos – 4 itens que avaliam as limitações quanto ao tipo e à quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária; 3) Dor – 2 itens que avaliam a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; 4) Estado Geral de Saúde – 5 itens que avaliam como o paciente se sente em relação a sua saúde global; 5) Vitalidade – 4 itens que consideram o nível de energia e de fadiga; 6) Aspectos Sociais – 2 itens que analisam a integração do indivíduo em atividades sociais; 7) Emocionais – 3 itens que avaliam o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente; e 8) Saúde Mental – 5 itens que incluem questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico (CICONELLI et al., 1999; DE OLIVEIRA et al., 2008).

O SF-36 apresenta um escore final de zero a 100 pontos, sendo que zero corresponde à pior e 100 à melhor percepção da QV (CICONELLI et al., 1999).

Na segunda etapa, foi realizada a avaliação antropométrica (peso e altura) e o cálculo do índice de massa corpórea (IMC). Para a avaliação de medidas antropométricas, foi mensurado o peso (kg), a altura (cm) e o índice de massa corporal – IMC (kg/cm^2). Para a aferição da altura, foi utilizado o estadiômetro compacto portátil da marca *Macrosul* devidamente calibrado. O peso foi aferido mediante a utilização de balança digital portátil *Omron*, com capacidade de até 150 kg, calibrada e posicionada em superfície firme. O IMC é classificado por idade, sexo e estatura para idade, tendo como critério os valores determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007).

Os dados dos questionários e da avaliação antropométrica foram analisados pela estatística descritiva e inferencial pelo programa SPSS Statistic versão 23.0 IBM®. Para a análise da distribuição dos dados, foi aplicado o Teste de Kolmogorov-smirnov. As variáveis categóricas serão apresentadas por meio da frequência absoluta e relativa e as variáveis numéricas por meio da média \pm desvio padrão (DP). Os testes paramétricos ou não paramétricos serão escolhidos após o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS). Para a comparação entre variáveis, foram utilizados os testes t de Student ou teste de Mann-Whitney U, caso as variáveis apresentassem distribuição normal ou não-normal, respectivamente. Para avaliar a associação entre as variáveis, foi utilizado o teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste de correlação de Pearson ou Spearman para as variáveis numéricas. Foi considerado como estatisticamente significativo quando o valor foi $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Durante a realização do estudo, 20 pacientes estavam em atendimento nas clínicas CISA e Qualivida. Desses, apenas 15 atingiram a pontuação necessária no MEEM para entrar na pesquisa (20 pontos).

Dos 15 pacientes, 9 (60,0%) eram do sexo masculino e 6 (40,0%) do sexo feminino. Quanto à faixa etária, constatou-se uma predominância de indivíduos entre 51 a 55 anos: 4 (26,7%) , e de 61 a 65 anos: 3 (20%). Em relação à raça, a branca e a parda se igualaram com 7 (46,7%) cada (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e estilo de vida de pacientes acometidos por AVE, Fortaleza, Ceará, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Variáveis sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	9	60,00
Feminino	6	40,00
Faixa Etária		
31 a 35	1	6,7
36 a 40	1	6,7
41 a 45	2	13,3
51 a 55	4	26,7
61 a 65	3	20,0
66 a 70	2	13,3
71 a 75	1	6,7
76 a 80	1	6,7
Raça		
Branca	7	46,7
Preta	1	6,7
Parda	7	46,7
Histórico de Saúde		
Ajuda após alta		
Sim	15	100,0
Não	0	0
Ao sair continuou a fisioterapia		
Sim	5	33,3
Não	10	66,7
Tem HAS		
Sim	7	46,7
Não	8	53,3
Tem Diabetes		
Sim	5	33,3
Não	10	66,7
Tem DCV		
Sim	3	20,0
Não	12	80,0
Prática ativ. Física		
Sim	8	53,3
Não	7	46,7
Quantas vezes na semana		
1x Por semana	2	13,3
2x Por semana	2	13,3
3x Por semana	3	20,0
Mais de 3x por semana	1	6,7
Uso de bebida alcoólica		
Sim	0	0
Não	15	100
Uso de cigarro		
Sim	0	0
Não	15	100

Fonte: Autores, 2019.

De acordo com a tabela 1, em relação ao histórico de saúde, observa-se que os 15 (100%) pacientes necessitaram de auxílio após a alta hospitalar. Em relação à continuidade da fisioterapia após a alta, 10 (66,7%) responderam que não continuaram e 5 (33,3) responderam que sim.

Dos 15 pacientes com AVE, 7(46,7%) são hipertensos, 5 (33,3%) são diabéticos e 3 (20%) possuem alguma DCV (Tabela 1).

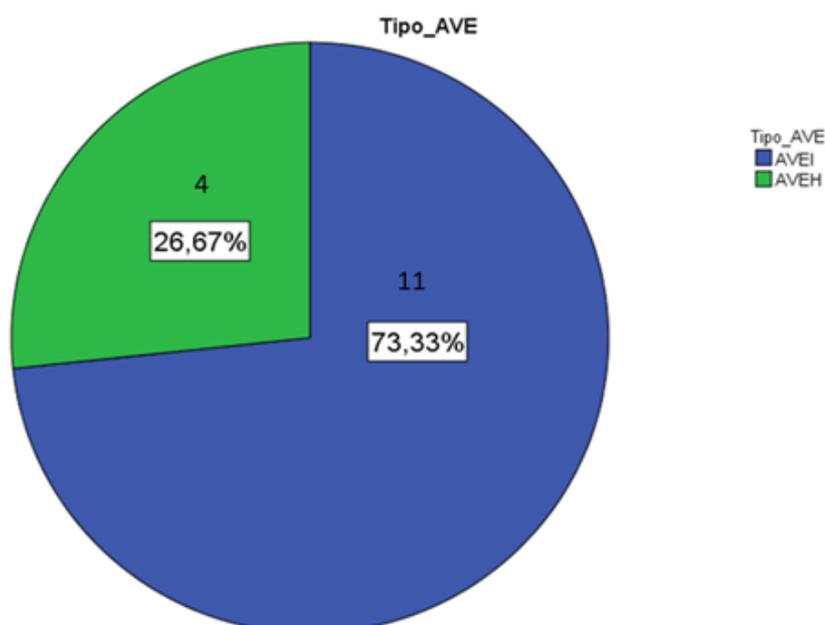
Em relação à prática de atividade física, 8 (53,3%) praticam algum tipo de exercício físico. Essa prática foi mais frequente 3x por semana com 3 (20%), 2x/1x por semana com 2 (13,3%) cada, e mais de 3x por semana com 1(6,7%) (Tabela 1).

Todos os 15 pacientes (100%) não faziam mais uso de bebida alcoólica e nem uso de cigarros (Tabela 1).

Em relação aos dados antropométricos, observou-se que o IMC médio da amostra e o desvio padrão foi de 27,35 ($\pm 4,120$).

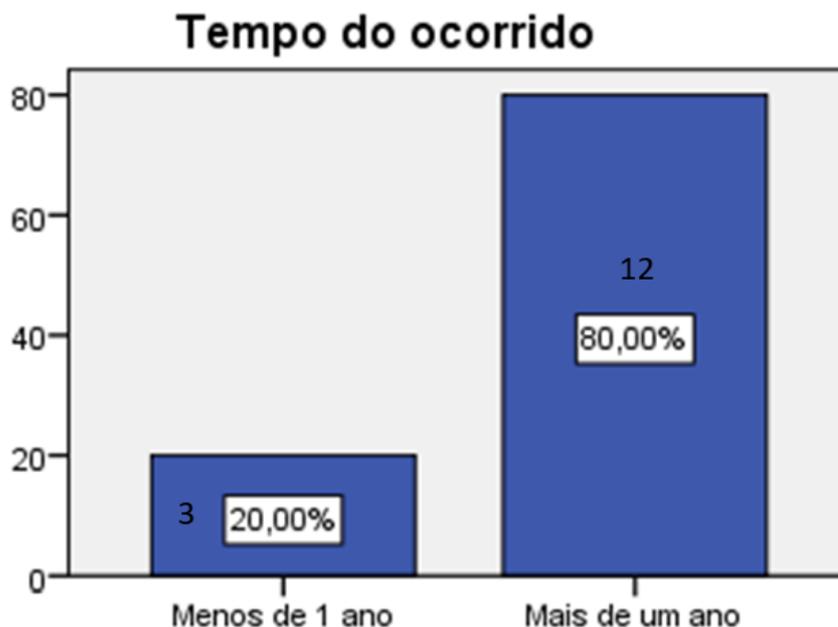
Em relação ao tipo de AVE, observou-se que 11 (73,3 %) dos pacientes sofreram AVE Isquêmico e 4 (26,7 %) sofreram AVE hemorrágico (Fig.1). Em relação ao tempo em que ocorreu o AVE, 12 (80%) tinham tido há mais de 1 ano (Fig.2).

Fig. 1. Classificação dos pacientes em relação ao tipo de AVE.



Fonte: Autores, 2019.

Fig. 2. Quanto tempo que ocorreu o AVE.



Fonte: Autores, 2019.

O SF-36 foi respondido por 15 pacientes (9 homens e 6 mulheres) e a média e o desvio padrão dos escores obtidos de seus 8 domínios estão representados na Tabela 2.

Tabela 2. Domínios do SF36.

	CF	AF	EGS	DOR	VITALIDADE	AS	AE	SM
MÉDIA	43,33	26,66	59,53	58,53	60,33	66,60	41,93	62,40
DP(±)	±26,70	±6,45	±35,98	±20,39	±18,65	±21,29	±23,57	±11,39

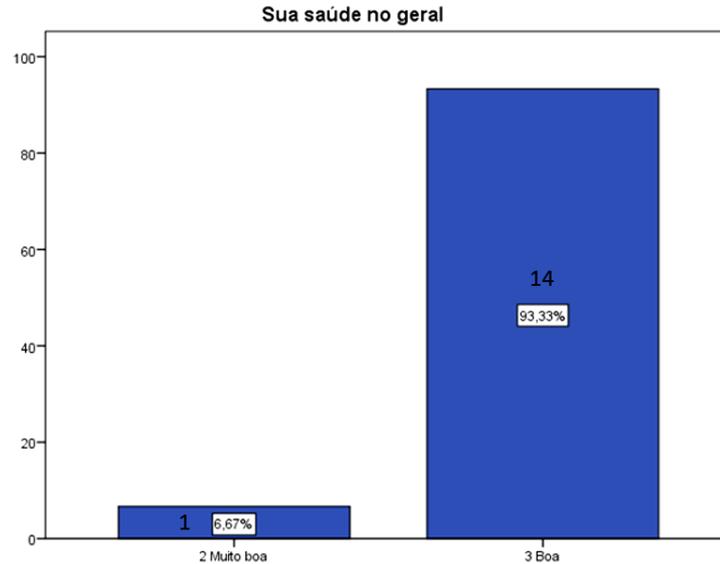
CF= Capacidade Funcional; **AF=** Aspectos Físicos; **D=** Dor; **EGS=** Estado Geral de Saúde; **V=** Vitalidade; **AS=** Aspectos Sociais; **AE=** Aspectos Emocionais; **SM=** Saúde Mental.

Fonte: Autores, 2019.

Na análise dos diferentes domínios do SF-36, o maior comprometimento ocorreu nos domínios: aspectos físicos (AF), emocionais (AE) e da capacidade funcional (CF). De qualquer forma, os demais domínios também apresentaram valores considerados baixos, sendo que apenas o domínio aspectos sociais (AS) apresentou os maiores valores, com escore médio de 66,60 (±21,29) (Tabela 2).

Na figura 3, observa-se que a percepção dos pacientes em relação a sua saúde no geral é considerada boa para 14 (93,33%) e muito boa apenas para 1 (6,67%).

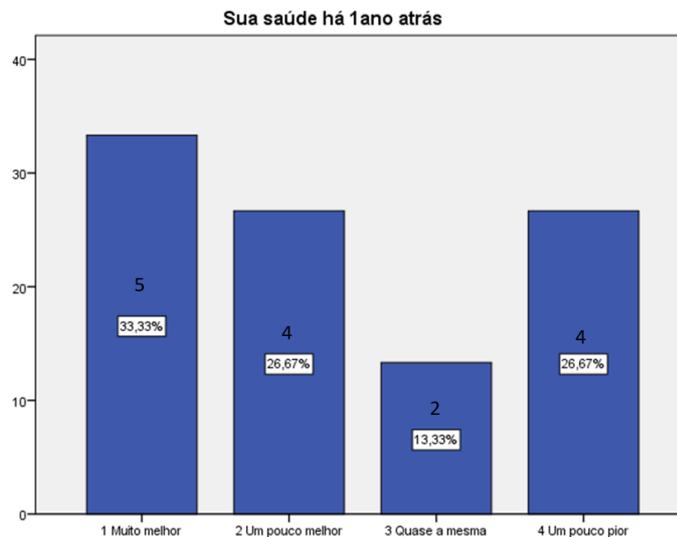
Fig. 3. Percepção dos pacientes em relação a sua saúde no geral.



Fonte: Autores, 2019.

De acordo com a figura 4, observa-se que a percepção que os pacientes têm de sua saúde nos dias de hoje em comparação a um ano atrás, 5 (33,33%) relataram estar muito melhor; 4 (26,67%) um pouco melhor; igualmente com um pouco pior, 4 (26,67%); e 2 (13,33%) dos pacientes relataram estar a mesma coisa.

Fig. 4. Percepção dos pacientes em relação a sua saúde comparada há um ano atrás.



Fonte: Autores, 2019.

Não foram obtidas correlações entre os 8 domínios do SF-36 com o sexo, tipo de AVE e IMC (Tabela 3, 4 e 5).

Tabela 3. Correlação entre os domínios do SF-36 e o sexo dos pacientes com AVE.

Domínios SF36	Sexo	n	Média	Desvio padrão	Valor p
CF	Masculino	9	43,88	28,80	0,926
	Feminino	6	42,50	25,83	
AF	Masculino	9	27,77	8,33	0,435
	Feminino	6	25,00	0,00	
DOR	Masculino	9	69,00	35,98	0,224
	Feminino	6	45,33	33,91	
EGS	Masculino	9	54,00	21,28	0,309
	Feminino	6	65,33	18,61	
VITALIDADE	Masculino	9	62,77	13,48	0,554
	Feminino	6	56,66	25,62	
AS	Masculino	9	63,88	20,79	0,566
	Feminino	6	70,66	23,34	
AE	Masculino	9	47,88	29,54	0,245
	Feminino	6	33,00	0,00	
SM	Masculino	9	63,55	9,04	0,648
	Feminino	6	60,66	15,05	

n = números de sujeitos; p = Nível de significância.

Tabela 4. Correlação entre os domínios do SF-36 e o tipo de AVE.

Domínios SF36	Tipo de AVE	n	Média	Desvio padrão	Valor p
CF	AVEI	11	49,54	27,87	0,140
	AVEH	4	26,25	14,36	
AF	AVEI	11	27,27	7,53	0,566
	AVEH	4	25,00	0,00	
DOR	AVEI	11	61,81	36,91	0,699
	AVEH	4	53,25	37,78	
EGS	AVEI	11	58,63	22,25	0,976
	AVEH	4	58,25	17,01	
VITALIDADE	AVEI	11	56,81	20,28	0,240
	AVEH	4	70,00	9,12	
AS	AVEI	11	70,45	23,64	0,092
	AVEH	4	56,00	6,92	
AE	AVEI	11	45,18	27,10	0,167
	AVEH	4	33,00	0,00	
SM	AVEI	11	61,09	11,87	0,481
	AVEH	4	66,00	10,58	

n = números de sujeitos; p = Nível de significância.

Tabela 5. Comparação entre os domínios do SF-36 e o IMC dos pacientes com AVE.

Domínios SF36	IMC	n	Média	Desvio padrão	Valor p
IMC		15	27,35	4,12	-
CF		15	43,33	26,70	0,713
AF		15	26,66	6,45	0,566
DOR		15	59,53	35,98	0,105
EGS		15	58,53	20,39	0,470
VITALIDADE		15	60,33	18,65	0,597
AS		15	66,60	21,29	0,913
AE		15	41,93	23,57	0,959
SM		15	62,40	11,39	0,175

n = números de sujeitos; p = Nível de significância.

Na tabela 6, observa-se que houve correlação entre o domínio capacidade funcional (CF) com o domínio aspectos emocionais (AE) ($p=0,047$), estado geral de saúde (EGS) com tempo de ocorrido do AVE ($p=0,000$), e vitalidade (V) com saúde mental (SM) ($p=0,021$).

Tabela 6. Correlação entre os domínios do SF-36 e com o tempo do ocorrido.

Domínios SF36	ASPECTOS EMOCIONAIS	
CF	Correlação	Valor p
	0,519	0,47
EGS	TEMPO DO OCORRIDO	
	Correlação	Valor p
	0,800	0,000
VITALIDADE	SAÚDE MENTAL	
	Correlação	Valor p
	0,587	0,21

n = números de sujeitos; p = Nível de significância.

4. DISCUSSÃO

Através da análise dos resultados das variáveis obtidas nessa pesquisa, na qual o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes acometidos por AVE, foi possível estimar a baixa qualidade de vida em vários domínios devido as suas sequelas físicas e psicológicas.

No estudo, observou-se que o sexo masculino resultou em maior prevalência, sendo 9 (60%) do sexo masculino e 6 (40%) do sexo feminino, acometidos pelo AVE. Reeves et al. (2008) relata que homens e de raça negra têm maiores chances de serem acometidos pelo AVE. Moreira et al. (2014) demonstra, em sua pesquisa, que o sexo dominante, corroborando com o presente estudo, é o sexo masculino.

Quanto à faixa etária, a presente pesquisa constatou uma predominância de AVE em indivíduos adultos e idosos na faixa etária de 51 a 65 anos, visto que a população do mundo está vivendo mais, fator que demonstra o aumento da expectativa de vida.

Segundo Heuschmann et al. (2008), à medida que o ser humano envelhece a incidência de ter um AVE cresce para as pessoas com mais de 65 anos. Consequentemente, idosos com 80 anos ou mais estão quase 20 vezes mais sujeitos à ocorrência de AVE do que aqueles de 40 a 49 anos. Porém, o AVE pode ocorrer em qualquer idade e em várias fases da vida (MEDEIROS et al., 2002; FARIA I et al., 2007).

Em relação à cor da pele, uma pesquisa bibliográfica observou que, no país, a cor predominante tem relação com os aspectos demográficos de cada região; porém, algumas pesquisas mostram a raça negra como sendo a que possui maior predisposição a desenvolver o AVE. Os resultados do presente estudo foi contrário no que diz respeito à literatura, pois teve a raça branca e parda como predominante, totalizando 14 (93,6%) (SCALZO et al., 2010; SANTOS et al., 2012; CHAVES et al., 2013; PAVÃO et al., 2013; CARVALHO et al., 2014; MOREIRA et al., 2014).

Langhorne et al. (2011) afirma que o acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) é o mais frequente e mórbido, ocorrendo em 80% dos casos, onde a maioria dos indivíduos sobrevive e com sequelas, o que confirma a análise

do estudo na variável de tipos de AVE, no qual o isquêmico sobressaltou-se com 11 (73,3%) do casos.

Um estudo realizado no Chile revelou que a incidência de AVEI é em torno de 47/105 mil habitantes ao ano, o que corroborou com nossa pesquisa. Na China, em 2007, essa incidência variou de 259,86 a 719/105 mil habitantes. Na Índia, as ocorrências mostraram-se mais baixas, na ordem de 74,8/105 mil habitantes (LIU et al., 2007; FEIGIN et al., 2009; SRIDHARAN et al., 2009).

No momento em que o paciente e seu cuidador retornam para sua residência, depararam-se com novas necessidades e dificuldades. Atividades da vida diária realizadas antes do AVE tornam-se tarefas que exigem apoio e cuidados específicos, pois o nível de dependência e limitações aumentam (OLIVEIRA et al., 2011). O relato do autor comprova os dados achados na presente pesquisa, pois 15 (100%) obtiveram ajuda familiar e de cuidadores após a alta hospitalar.

Mendonça et al. (2012), em seu estudo, aborda a importância do suporte familiar e social, bem como a reabilitação fisioterapêutica para que esse indivíduo possa retornar previamente a sua autonomia, independência e funcionalidade. Na presente pesquisa, os resultados não corroboraram com o estudo, demonstrando que 66,7% dos participantes não continuaram a fisioterapia após a alta por falta de recursos financeiros e de suporte social.

Em vários estudos, é demonstrado que os fatores de risco modificáveis como: estresses, hipertensão, diabetes, tabagismo, etilismo, obesidade e doenças cardiovasculares favorecem o acometimento de doenças cerebrovasculares, principalmente o AVE (MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2012; CARVALHO et al., 2016). Relacionado aos fatores de riscos apresentados na pesquisa, houve divergência com a literatura, demonstrando que 8 (53,3%) afirmam não ter HAS, 10 (66,7%) não ter diabetes e 12 (80%) não ter DCV. Em relação ao uso de bebida alcoólica e cigarro, a totalidade dos pacientes, 15 (100%), respondeu não fazer mais o uso.

A prática de atividade física contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade vida, afim de manter os níveis adequados de autonomia motora, melhorar a saúde física e psicológica, e ajudar na socialização e práticas de atividades em grupos. Esses achados confirmam o presente estudo, no qual 8 (53,3%) dos indivíduos praticam algum tipo de atividade física por pelo menos 3

vezes na semana, afim de reduzir o risco de novos eventos cerebrovasculares (CHU et al., 2004; VAN DE PORTO et al., 2007; QUANNEY et al., 2009; MOORE et al., 2010).

Na pesquisa, foi observado que o IMC médio da amostra e o desvio padrão foi de 27,35 ($\pm 4,120$), demonstrando que os pacientes acometidos pelo AVE estão acima do peso. No que se diz respeito à obesidade caracterizada pelo o IMC, estudos demonstraram que existe relação para o acometimento do AVE (OVBIAGELE et al., 2011; ANDERSEN et al., 2016).

Na presente pesquisa, os escores dos domínios que constituem o SF-36 foram aplicados para avaliar a QV em uma amostra de 15 pacientes acometidos pelo AVE. Após análise dos dados, nossos resultados mostraram que todos os domínios do SF-36 foram comprometidos, de acordo com a sequência: aspectos físicos, aspectos emocionais, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental e, por último, aspectos sociais.

De acordo com Scalzo et al. (2010), em seu estudo com 21 pacientes acometidos pelo AVE em tratamento na Clínica de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em Betim, apresentou resultados semelhantes à presente pesquisa, demonstrando em seus resultados o declínio em todos os domínios, na sequência: aspectos físicos (34,1%), capacidade funcional (37,8%), aspectos emocionais (53,9%), dor (60,5%), estado geral de saúde (62,8%), saúde mental (62,9%), vitalidade (67,1%) e, por último, aspectos sociais (76,8%).

Na presente pesquisa, os escores mais baixos no SF-36 foram nos domínios: aspectos físicos, aspectos emocionais, capacidade funcional.

Anderson et al., (1996), em seu estudo, ao validar o questionário SF-36, cita que as sequelas instaladas pelo AVE causam prejuízo na autonomia e na independência desses pacientes, interferindo em sua capacidade funcional e, conseqüentemente, em sua QV. Carod-artl (2009), ao realizar um estudo com 260 pacientes, mostrou que a depressão e a deficiência motora causam uma piora na QV.

De acordo com Costa et al. (2016), a limitação no desempenho funcional como vestir-se, banhar-se e, até mesmo, caminhar pequenas distâncias de forma independente, consiste em um fator importante na percepção da QV que se encontra em déficit nesses pacientes.

No domínio que investiga os aspectos emocionais, Scalzo et al. (2010) relata um baixo escore, sendo esse relacionado à limitação que os pacientes têm em seu âmbito domiciliar, nas suas atividades de vida diária (AVD'S) e, principalmente, em seu trabalho, de onde são afastados temporariamente, ou até mesmo de forma permanente, tornando-se aposentados por invalidez. Isso é um fator que contribui para o baixo escore no domínio, corroborando com os dados da presente pesquisa.

5. CONCLUSÃO

Nossos resultados mostraram maior frequência de pacientes com diagnóstico clínico de AVE do tipo isquêmico, predominante em adultos e idosos com faixa etária de 51 a 65 anos, do gênero masculino. Em relação aos resultados dos domínios SF-36, foi possível observar o comprometimento na percepção da QV com valores considerados baixos, de todos os domínios do questionário, principalmente pelos aspectos físicos, emocionais e na capacidade funcional, o que pode ser justificado pelas manifestações clínicas causadas pelo AVE, que causam prejuízo psicológicos, na autonomia e independência desses pacientes.

O estudo limita-se pelo tamanho da amostra, sendo necessárias novas pesquisas para que se possa identificar quais fatores interferem na qualidade de vida dos pacientes acometidos por AVE.

Os resultados poderão, então, estimular e proporcionar a reformulação de novas práticas de assistência, ampliando o conceito de saúde, permitindo ações de promoção de saúde e melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, I.; SANTOS, A. Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. **Rev. Enf. Ref.** v. 6, n. 3, p. 95-102, 2017.
- ANDERSEN, K.K.; OLSEN, T.S. The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. **Int. J. Stroke.** v.10, n.1, p. 99-104, 2015.
- ANDERSON, C.; LAUBSCHER, S.; BURNS R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. **Stroke.** v. 27, p. 812-6, 1996.
- BARBOSA, B.R.; ALMEIDA, J.M.; BARBOSA, M.R.; BARBOSA, L.A.R.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde colet.** v.8, n.19, p. 3317-25, 2014.
- BELCHIOR, L. D.; BEZERRA, B. F.; BRANCO, C. M. D. K.; XIMENES, C.P. A. M.; CORREIRA, N. C. **Análise da qualidade de vida dos pacientes acometidos por doença vascular encefálica.** 6 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade de Fortaleza, 2013.
- BERTOLUCCI, P.H.; BRUSKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.1, n. 52, p. 7,1994.
- BOTELHO, T. S.; MACHADO NETO, C. D.; ARAÚJO, F.L.C; ASSIS, S.C. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde.** v. 2, n.16, p. 361-377, 2016.
- BRUSKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F; OKAMOTO, H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** 2003, v. 3, n. 61, p. 777-81, 2003.
- CAROD-ARTAL, FJ.; TRIZOTTO, DS; CORAL, LF; MOREIRA, CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. **J. Neurol. Sci.** v. 284, n.1-2, p. 63-8, 2009.
- CARVALHO, I.A.; DEODATO, L.F.F. Fatores de risco do acidente vascular encefálico. **Revista Científica da FASETE.** 2016.
- CARVALHO, M. I. F. de; DELFINO, J. de S.; PEREIRA, W. M. G.; MATIAS, A. C. X.; SANTOS, E. F. S. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia.** v. 2, n. 6, p. 1-4, 2014.

COSTA, T. F.; GOMES, T.M.; VIANA, L.R.C.; MARTINS, K. P.; COSTA, N.F.C. Acidente vascular encefálico: características dos pacientes e qualidade de vida dos cuidadores. **Rev. Brás enf.** João Pessoa, PB, v. 5, n. 69, p. 993-9, 2016.

CORREIA, J.N.; OLIVEIRA, M.Z. Avaliação do risco de acidente vascular cerebral em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Ciência et Praxis.** v. 7, n. 4, p. 21-26, 2016.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.** v. 3, n. 39, p. 43-50, 1999.

CHAVES, M.L. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 4, n. 7, p. 372-82, 2000.

CHAVES, A. M.; COÊLHO, L. D. S.; CARVALHO, L. R. B.; FILHA, M. J. M. M.; SILVA, M. N. de P; CARVALHO, M. de M. Incidence of complications of hypertension in patients in tertiary hospital. *J. Res. Fundam.* **Care Line.** v. 5, n. 6, p. 275–83, 2014.

CHU, K.S.; ENG, J.J.; DAWSON, A.S.; HARRIS, J.E.; OZKAPLA, A.; GYLFADÓTTIR, S. Exercício à base de água para o condicionamento cardiovascular em pessoas com acidente vascular cerebral crônica: um estudo controlado randomizado. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v. 85, p. 870-874, 2004.

DE OLIVEIRA, M.R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.** Salvador, BA-Brasil, v. 3, n. 17, p. 62-255, 2008.

FEIGIN, V.L.; LAWES, C.M.; BENNETT, D. A.; BARKER-COLLO, S.L.; PARAG, V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population - based studies: a systematic review. **Lancet Neurol.** v. 8, n. 4, p. 355-69, 2009.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Approach to cerebrovascular diseases.** In: Goldman: Cecil medicine. 23rd ed. Philadelphia: Saunders; p. 2701-08, 2008.

HEUSCHMANN, P.U.; GRIEVE, A.P.; TOSCHKE, A.M.; RUDD, A.G.; WOLFE, C.D. Ethnic group disparities in 10-year trends in stroke incidence and vascular risk factors: the South London Stroke Register (SLSR). **Stroke.** v. 39, n. 8, p. 2204-10, 2008.

LANGHORNE, P.; BERNHADT, J.; KWAKKEL, G. **Stroke rehabilitation lancet.** v. 377, n. 9778, p. 1693- 702, 2011.

LIU, M.; WU, B.; WANG, W.Z.; LEE, L.M.; ZHANG, S.H.; KONG, L.Z. Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies. **Lancet Neurol.** v. 6, n. 5, p. 456-64, 2007.

MAKIYAMA, T.Y.; BATTISTTELLA, L.R.; LITVOC, J.; MARTINS, L.C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiatr.** v.11, p.106-9, 2004.

MANIVA, S.J.C.; FREITAS, C.H.A. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.** v. 3, n. 65, p. 474-81, 2012.

MAAIJWEE, N.A.; RUTTEN-JACOBS, L.C.; SCHAAPSMEERDERS, P.; VAN DIJK, E.J.; DE LEEUW, F.E. Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. **Nat. Rev. Neurol.** v. 10, p. 315-25, 2014.

MAYO, NE; WOOD-DAUPHINEE, S.; COTE, R.; DURCAN, L.; CARLTON, J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** 2002; 83:1035-42.

MARTINS, E.R.C.; BIM, C.R.; CARRASCO, A.C.; NOVAK, V.C. Estudo epidemiológico sobre acidente vascular encefálico em uma clínica escola de Fisioterapia. **Revista de saúde pública do Paraná.** v. 17, n. 1, p. 32-38, 2016.

MARQUES, M.R.; CEREDA, C.R.; MARIKO, N.M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 2, n. 13, p. 203-14, 2010.

MONTENEGRO, C.R.; ALMEIDA, V.D.; BONFIM, C.M.N.; PEREIRA, M.S.; CASTILHO, P.D.B.; CORTEZ, L.P et al. Percepção sobre o acidente vascular cerebral na população de Fortaleza-CE. **Vivências.** v. 21, n. 11, p. 171-180, 2015.

MOORE, J.L.; ROTH, E.J.; KILLIAN, C.; HORNBY, T.G. Formação locomotora melhora stepping diária atividade e eficiência da marcha em indivíduos pós acidente vascular cerebral, que chegaram a um “plateau” na recuperação. **Acidente vascular cerebral.** v. 41, p. 129-135, 2010.

MENDONÇA, L.B.A.; LIMA, F.E.T.; OLIVEIRA, S.K.P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes. **Esc. Anna Nery.** v. 16, n. 2, p. 340-6, 2012.

MOREIRA, G. R.; QUEIROZ, D. M.; BEZERRA, S. A.; MOREIRA, K. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES, C. A. Q. Condições de vida de hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco. **Rev. Unimonte Científica Montes Claros**. v. 16, n. 1, p. 26-34, 2014.

NUNES, S. J. **Avaliação da qualidade de vida após AVC** - revisão de literatura. 2012. 12 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada Especialização em Fisioterapia Hospitalar, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

DONELL, M. J.; CHIN, S. L.; RANGARAJAN, S.; XAVIER, D.; LIU, L.; ZHANG, H. et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. **Lancet Neurol**. v. 10046, n. 388 p. 20-6, 2016.

OLIVEIRA, R.R. **Análise dos fatores de risco associados ao acidente vascular encefálico em adultos jovens** [tese]. Goiânia, Goiás: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012.

OVBIAGELE, B.; BATH, P.M.; COTTON, D.; VINISKO R.; DIENER, H.C. Obesity and recurrent vascular event after recent ischemic stroke. **Stroke STROKEAHA**. v. 42, n. 14, p. 3397-402, 2011.

PATEL, M.D; TILLING, K.; LAWRENCE, E.; RUDD, A.G.; WOLFE, C.D.A.; MCKEVITT, C.D. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age and Ageing** . 2006; 35: 273-9.

PAVIN, R.S.; CARLOS, S.A. A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **RBCEH**. v. 3, n. 10, p. 242-55, 2013.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PEREIRA, R.A.; SANTOS, E.B; FHON, J.R.S; MARQUES, S; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com AVC. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.1, n. 47, p.185-92, 2013.

QUANEY, BM; BOYD, LA; MC DOWD, JM; ZAHNER, LH; ELE, J; MAYO, MS, et al. Exercício aeróbico melhora a cognição e a função motora após derrame. **Neurorehabil. Neural Repair**. p. 879-885, 2009.

RANGEL, S.S.E.; BELASCO, S.G.A.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enf**. Maceió, AL-Brasil, v. 2, n. 26, p. 205-12, 2012.

REIS, R.D.; PERREIRA, E.C.; PEREIRA, M.I.M.; NASSAR, A.M.; SOANE, C.; SILVA, J.V. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Reis RD. **Interface**. Botucatu, v. 62, n. 21, p. 641-50, 2017.

REEVES, M.J.; BUSHNELL, C.D.; HOWARD, G.; GARGANO, J.W.; DUNCAN, P.; LYNCH, G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. **Lancet Neurol**. v. 7, p. 915-26, 2008.

SACCO, R. L. Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. *In*: LIPPINCOTT, WILLIAN, WILKIN. **Merritts neurology**. 11 ed. Philadelphia: Traduzido por Ed. Guanabara Koogan, 2007, cap. 36, p. 255-269.

SÁ, M. J. et al. **Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas**. 2nd ed. Universidade Fernando Pessoa, 2014.

SANTOS, W. M.; CERQUEIRA, G. S.; DE OLIVEIRA, M. V. V.; SOUSA, M. J. S.; FERREIRA, F. F. V. Perfil epidemiológico dos pacientes sequelados de acidente vascular cerebral: um estudo transversal. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**. v. 8, n.15, p. 1997 - 2007, 2012.

SCALZO, P.L.; SOUZA, E.S.; MOREIRA, A.G.O.; VIEIRA, D.A.F. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: Clínica de fisioterapia PUC Minas Betim. **Rev. Neurocienc**. v. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SRIDHARAN, S.E; UNNIKISHNAN, J.P; SUKUMARAN, S; SYLAJA, P.N; NAYAK, S.D, SARMA, P.S, et al. Incidence, types, risk factors, and outcome of stroke in a developing country: the Trivandrum Stroke Registry. **Stroke**. v. 40, n. 4, p. 1212- 8, 2009.

TERRONI, L. M. N. **Associação entre o episódio depressivo maior após acidente vascular cerebral isquêmico e comprometimento de circuitos neuronais pela lesão: um estudo prospectivo de 4 meses**. 2009. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VIEIRA, C.P.B.; FIALHO, A.V.M.; MOREIRA, T.M.M. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidado informal do idoso, 1979 a 2007. **Texto Contexto Enf**. [Internet]. v. 1, n. 20, p. 1606, 2011.

VAN DE PORTO, IG; WOOD-DAUPHINEE, S; LINDEMAN, E; KWAKKEL, G. Efeitos do treinamento físico programas no andar competência após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. **Am. J. Phys. Med. Rehabil**. v. 86, p. 935-951, 2007.