

Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral

Quality of life of individuals affected by stroke

*Nuno Ricardo Tiene Lima Moreira¹, Adriana Souza de Andrade²,
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro³, João Agnaldo do Nascimento⁴,
Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁵*

RESUMO

Objetivo. Avaliar a repercussão do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Qualidade de Vida (QV) de sujeitos acometidos e a correlação entre os domínios da Escala de QV Específica para o AVC (EQVE-AVE) com a Escala de Rankin Modificada e os dados sócio-demográficos.

Método. Estudo longitudinal, com uma amostra de 33 indivíduos de ambos os sexos, acometidos por AVC e admitidos em um hospital público de João Pessoa-PB. A coleta de dados foi realizada por meio de três entrevistas domiciliares realizadas em 21, 90 e 180 dias após a alta hospitalar (T0, T1 e T2, respectivamente). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. **Resultados.** Os domínios da EQVE-AVE que apresentaram menores escores foram: energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade. O comprometimento funcional pós-AVC, afetou 81,8% dos indivíduos, destes, 60,7% apresentaram deficiência de moderada a grave. A EQVE-AVE teve associação com o comprometimento funcional e a existência de um cuidador em T1 e com a faixa etária e existência de um cuidador em T2. Visão e energia foram os domínios que mais se destacaram em T2. **Conclusões.** O AVC afeta diversas dimensões da QV, podendo alterar as relações familiares e restringir a participação social das pessoas acometidas.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de Vida, Índice de Gravidade de Doença

Citação. Moreira NRTL, Andrade AS, Ribeiro KSQS, Nascimento JA, Brito GEG. Qualidade de vida de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral.

Trabalho realizado na Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.

1. Fisioterapeuta, Pesquisador do LEPASC, Mestrando do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB, Brasil.

2. Fisioterapeuta, Pesquisadora do LEPASC, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB, Brasil.

3. Fisioterapeuta, Doutora, Docente do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB, Brasil.

4. Estatístico, Doutor, Docente do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB, Brasil.

5. Fisioterapeuta, Mestre, Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.

ABSTRACT

Objective. To assess the impact of stroke on Quality of Life (QOL) of affected people and the correlation between the degree of the Specific Quality of Life Scale for stroke (SSQOL), with modified Raking Scale and socio-demographic data. **Method.** This was a longitudinal study, composed of 33 individuals of both sexes affected by stroke and admitted to a public hospital in João Pessoa-PB. Data collection was conducted through household interviews in 21, 90 and 180 days after hospital discharge (T0, T1, and T2; respectively). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results.** The areas of SSQOL that had lower scores were: energy, social roles, family roles and personality. The post-stroke functional impairment, affected 81.8% of patients and of these, 60.7% had moderate to severe disabilities. The SSQOL scale has been associated to the age range and to the presence of a caregiver in T1 and the age group and to the presence of a caregiver in T2. Eyesight and energy were the most prominent degrees in T2. **Conclusions.** Stroke affects different dimensions of QOL, altering family relations and restricting the social participation of affected people.

Keywords. Stroke, Quality of Life, Severity of Illness Index

Citation. Moreira NRTL, Andrade AS, Ribeiro KSQS, Nascimento JA, Brito GEG. Quality of life of individuals affected by stroke.

Endereço para correspondência:

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia
Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC)
Campus I • Cidade Universitária
CEP 58059-900, João Pessoa-PB, Brasil
E-mail: katiagsribeiro@yahoo.com.br

Original
Recebido em: 12/02/15
Aceito em: 03/11/15

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma das principais causas de morte no mundo, tendo como característica, entre os seus sobreviventes, a instalação de incapacidades físicas e cognitivas¹. A mortalidade nos primeiros 30 dias pode ser de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. A imensa maioria dos acometidos necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, sendo que aproximadamente 70% não retornam ao trabalho e 30% necessitam de auxílio para caminhar².

Na América Latina, a taxa de incidência do AVC é estimada em 150 casos por 100.000 habitantes, e as taxas de letalidade variam de 10 a 55%. Estatísticas brasileiras indicam que este agravo é a causa mais frequente de óbito na população adulta e consiste no diagnóstico de 10% do total das internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC dentre os países da América Latina e Caribe². A magnitude das consequências do AVC para a sociedade o colocam como um importante problema de saúde pública mundial.

Uma vez que uma parcela importante de seus sobreviventes inicia uma nova fase de vida a partir das incapacidades geradas pelo AVC, a avaliação da qualidade de vida (QV) mostra-se fundamental para uma melhor compreensão do impacto da doença na vida do indivíduo, favorecendo a criação de estratégias que minimizem esses efeitos.

A QV é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e mesmo como uma questão ética na sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido, que deve, primordialmente, ser analisada a partir da percepção de cada um³.

A realização de uma avaliação capaz de mensurar o impacto da doença na funcionalidade e na QV de sujeitos pós-AVC é de fundamental importância na elaboração de programas de reabilitação que levem em consideração todos os fatores que interferem na vida desses indivíduos⁴. Além de estar correlacionada com o comprometimento funcional, a QV após o AVC também pode ser influenciada negativamente pela presença de sintomas

depressivos, maior grau de dependência do cuidador, maior número de acometimentos, baixo nível de escolaridade e sexo feminino⁵.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a repercussão do Acidente Vascular Cerebral na Qualidade de Vida de sujeitos acometidos, correlacionando os domínios da Escala de Qualidade de Vida Específica para o AVC (EQVE-AVE) com a Escala de Rankin Modificada e os dados sócio demográficos.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de um estudo longitudinal, desenvolvido com uma população de indivíduos admitidos em um hospital público da região metropolitana da capital da Paraíba, que apresentaram o AVC como causa primária de atendimento, durante os meses de abril e maio de 2013. Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa “A Funcionalidade e o Acesso aos Serviços de Reabilitação de Sujeitos Pós-AVC: um Estudo Longitudinal”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 0372/12/CAEE: 06573712.9.0000.5188) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A partir dos boletins de emergência fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME) do hospital, foram rastreados todos os sujeitos residentes nos municípios de João Pessoa e Cabedelo que se enquadravam no estudo. Esse boletim consiste em um formulário preenchido na ocasião da admissão hospitalar, contendo dados referentes à identificação, endereço, telefone para contato e causa primária de atendimento.

Foram excluídos da amostra os indivíduos que não tiveram o diagnóstico de AVC confirmado posteriormente, os que evoluíram para óbito, os que apresentaram incapacidade de compreensão dos itens ou impossibilidade de comunicação e aqueles que não consentiram em participar do estudo.

A amostra foi composta inicialmente por 50 pacientes, acompanhados na primeira fase do estudo (T0). Destes, apenas 33 indivíduos foram utilizados na construção do artigo, devido às perdas ocorridas na aplicação da EQVE-AVE no primeiro e segundo momento (T1 e T2). As perdas em T1 foram devido a cinco óbitos, cinco mudanças de endereço, uma recusa em continuar no

estudo e seis sujeitos incapacitados de responder às questões referentes à QV por apresentarem *déficit* cognitivo ou afasia. Em T2 essas perdas foram ocasionadas por dois óbitos e três mudanças de endereço, sendo avaliados 28 indivíduos nessa última fase.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada por meio de três entrevistas domiciliares. A primeira (T0) aconteceu em até 21 dias após a alta hospitalar, na qual foram apreendidos dados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos e, por meio da Escala Modificada de Rankin³, mensurado o grau de comprometimento funcional pós-AVC. A avaliação da QV foi realizada por meio da EQVE-AVE⁶, aplicada em dois momentos, T1 (90 dias após alta hospitalar) e T2 (180 dias após alta hospitalar).

A escala de Rankin é um instrumento de mensuração da incapacidade que possui amplas evidências de sua validação, confiabilidade e sensibilidade, sendo uma das mais utilizadas para avaliar o comprometimento pós-AVC. Foi desenvolvida pelo Dr. John Rankin, em Glasgow na Escócia, e publicada inicialmente em 1957, contendo cinco itens, desde “sem incapacidade” até “incapacidade grave”. A versão atual, denominada de Escala Modificada de Rankin, foi publicada em 1988, contendo seis categorias que vão do 0 (sem sintomas) a 5 (deficiência grave), agregando-se, eventualmente, o escore 6 (óbito) em estudos clínicos^{7,8}.

A EQVE-AVE é um instrumento específico para avaliação da QV pós-AVC, demonstrando boa avaliação das propriedades psicométricas, tanto em sua versão original (Stroke Specific Quality of Life – SSQOL), quanto em sua versão para a população brasileira^{6,9-11}. O SSQOL se destaca por abordar áreas frequentemente negligenciadas por outros questionários como linguagem, cognição e função da mão⁶, sendo dividida em 49 itens distribuídos em 12 domínios (energia, papéis familiares, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papéis sociais, memória/concentração, função da extremidade superior, visão e trabalho/produtividade). Há três possibilidades de respostas, que devem ser dadas com base na semana anterior, com escore variando entre cinco e um, totalizando um máximo de 245 e um mínimo de 49 pon-

tos e, quanto maior a pontuação, melhor o nível de QV. Assim como em estudos anteriores^{9,12,13}, o presente estudo usou como critério de classificação para baixa QV, escores inferiores a 60% (147 pontos) da pontuação máxima do SSQOL.

Análise Estatística

A análise dos dados foi feita utilizando-se a planilha eletrônica *Microsoft Excel™*, em seguida realizou-se uma análise exploratória descritiva com as medidas de tendência central, dispersão e análise de agrupamento (AA), conhecida como cluster analysis. Com o objetivo de averiguar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios e o escore total da EQVE-AVE, foram realizados testes qui-quadrado de independência, sendo o teste de Correlação de *Spearman* utilizado entre o grau de severidade e escores da QV no momento T1 e T2. O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras pareadas foi aplicado buscando perceber se houve evolução nos diversos domínios da QV entre cada uma das coletas. Técnicas inferenciais estatísticas foram utilizadas na comparação de características de interesse nos grupos. Nestas aplicações foi escolhido o software de estatística SPSS 20.0 *version for student*. Para todos os testes estatísticos, foi utilizado o nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A análise dos dados favorece um melhor entendimento do comportamento das variáveis analisadas no estudo. A média de idade dos sujeitos entrevistados em T0 foi de 59,76 anos, com variação entre 15 e 81 anos, sendo predominante nos indivíduos com até 59 anos (51,5%) e relevante na faixa etária de 60 anos ou mais (48,5%). Houve um predomínio do sexo feminino (57,6%), com a maioria dos entrevistados (63,7%) apresentando nenhuma ou baixa escolaridade. A renda familiar per capita de até um salário mínimo foi encontrada na maior parte da amostra (93,9%) e 54,5% dos indivíduos não tinham companheiro.

O AVC do tipo isquêmico foi o mais referido pelos sujeitos (72,7%) e entre aqueles que declararam sequelas físicas, o comprometimento no hemisfério esquerdo (48,5%) foi superior ao direito (39,4%). Para 63,6% dos entrevistados era o primeiro episódio de AVC,

27,3% o segundo e 9,1% haviam sido acometidos por três ou mais episódios. O comprometimento funcional pós-AVC, segundo a Escala Modificada de Rankin, afetou 81,8% dos indivíduos e, destes, 60,7% apresentaram deficiência de moderada a grave.

A Tabela 1 descreve as características gerais da amostra no momento da realização de T0, composta por 33 sujeitos acometidos por AVC. Desses 33 indivíduos avaliados no terceiro mês após a alta hospitalar (T1), 20 (60,6%) tinham um cuidador para auxiliar na execução das AVD's.

A EQVE-AVE classificou 30,3% (n=10) e 17,9% (n=5) dos indivíduos com baixa QV (escore total<147) no terceiro e sexto mês após a alta hospitalar, respectivamente. Os domínios da escala mais comprometidos em ambas avaliações, foram: energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade (Tabela 2).

Houve diferença em todos os domínios da QV menos em energia ($2,56 \pm 1,385$ em T1 e $3,16 \pm 1,303$ em T2; $p=0,182$), papéis sociais ($2,75 \pm 1,239$ em T1 e $3,10 \pm 1,314$ em T2; $p=0,569$), personalidade ($2,89 \pm 1,446$ em T1 e $3,08 \pm 1,447$ em T2; $p=0,133$) e visão ($4,29 \pm 1,049$ em T1 e $4,47 \pm 0,656$ em T2; $p=0,10$), apresentando melhora respectivamente, entre T1 e T2, à exceção de trabalho/produktividade ($3,46 \pm 1,563$ em T1 e $3,45 \pm 1,491$ em T2; $p=0,003$) e função da extremidade superior ($3,96 \pm 1,172$ em T1 e $3,89 \pm 1,141$ em T2; $p=0,001$; Tabela 2).

Quando realizada a associação da gravidade com os escores da EQVE-AVE, tanto nos momentos T1 e T2, constatou-se que essas correlações são negativas ($r=-0,595$, $p<0,001$ e $r=-0,491$, $p=0,008$; respectivamente), evidenciando o fato que o aumento da gravidade se reflete numa menor QV.

A QV na primeira avaliação teve associação com o comprometimento funcional ($p=0,019$) e com a existência de um cuidador ($p=0,023$). A incapacidade também foi associada a todos os domínios da EQVE-AVE, exceto personalidade, memória e visão. A existência de um cuidador teve associação estatística com as dimensões autocuidado ($p=0,021$) e papéis familiares ($p=0,046$; Tabela 3).

A segunda avaliação da QV mostrou estar associada à faixa etária ($p=0,045$) e à existência de um cui-

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos (n=33).

	n	%	
Sexo	feminino	19	57,6
	masculino	14	42,4
Faixa etária	até 59 anos	17	51,5
	60 anos ou mais	16	48,5
Escolaridade	nenhuma	9	27,3
	baixa	12	36,4
	média	9	27,3
	alta	2	6,1
	não soube informar	1	3,0
Renda familiar mensal per capita	até 1 salário mínimo	31	93,9
	de 1 a 2 salários mínimos	2	6,1
União estável	possui	16	48,5
	não possui	17	51,5
Tipo de AVC	isquêmico	24	72,7
	hemorrágico	9	27,3
Hemicorpo acometido	esquerdo	16	8,5
	direito	13	39,4
	ambos	4	12,1
Número de acometimentos ao longo da vida	1	21	63,6
	2	9	27,3
	3 ou mais	3	9,1
Incapacidade (Escala de Rankin)	sem sintomas	6	18,2
	nenhuma deficiência significativa	5	15,2
	deficiência leve	2	6,1
	deficiência moderada	9	27,3
	deficiência moderadamente grave	9	27,3
	deficiência grave	2	6,1

dador ($p=0,017$). A existência de cuidador apresentou associações com os domínios papéis familiares ($p=0,002$), mobilidade ($p=0,013$), personalidade ($p=0,029$), papéis sociais ($p=0,028$), função da extremidade superior ($p=0,043$) e trabalho/produktividade ($p=0,003$), e a faixa etária com as dimensões humor ($p=0,030$) e papéis fami-

Tabela 2. Evolução dos Domínios da EQVE-AVE no 3º e no 6º mês.

	T1	T2	p-valor
Energia	2,56±1,385	3,16±1,303	0,182
Papéis sociais	2,75±1,239	3,10±1,314	0,569
Papéis familiares	2,89±1,390	3,03±1,382	<0,001
Personalidade	2,89±1,446	3,08±1,447	0,133
Humor	3,20±1,064	3,45±1,084	0,001
Mobilidade	3,46±1,189	3,98±0,954	<0,001
Trabalho/productividade	3,46±1,563	3,45±1,491	0,003
Função da extremidade superior	3,96±1,172	3,89±1,141	0,001
Memória/concentração	3,98±0,973	4,02±0,993	0,001
Linguagem	4,06±1,019	4,40±0,713	<0,001
Autocuidado	4,06±1,198	4,18±1,099	0,050
Visão	4,29±1,049	4,47±0,656	0,10

valores em média±desvio padrão; T1=90 dias após alta hospitalar; T2=180 dias após alta hospitalar.

liares (p=0,028; Tabela 3).

Na AA no período T2, os domínios 1 e 12, correspondendo a visão e energia, respectivamente, ficaram isolados em relação ao período T1, mostrando que visão e energia foram os domínios que mais se destacaram entre estes períodos na evolução do AVC.

DISCUSSÃO

Diferentemente dos achados da literatura, verificou-se no presente estudo um predomínio do sexo masculino entre os acometidos pelo AVC^{14,15}. Dentre os resultados obtidos, destaca-se o fato de 54,55% dos sujeitos que sofreram AVC estarem na faixa etária inferior a 60 anos de idade. Isto revela um importante acometimento em indivíduos com idade economicamente ativa e ainda não considerados idosos, gerando grandes repercussões para a vida dessas pessoas e para a sociedade na qual elas vivem.

No que se refere à escolaridade, parte significativa da amostra apresenta baixa ou nenhuma, sendo que 93,9% possuem renda familiar per capita de até um salário mínimo, o que corrobora com pesquisas já reali-

zadas⁵⁻¹⁶. Esses achados chamam atenção para a possibilidade de que a baixa escolaridade e renda familiar per capita tenham influência no controle dos fatores de risco e no tratamento do AVC devido à dificuldade de implementar medidas preventivas e/ou dificuldade de acesso à informação e ao tratamento para a reabilitação. Os sujeitos nessas condições podem encontrar barreiras para ter acesso ao tratamento, uma vez que mesmo conseguindo vaga nos serviços de reabilitação da rede pública, o deslocamento para estes serviços representa um custo elevado que inviabiliza o tratamento.

Tabela 3. Fatores determinantes da QV após o AVC no 3º e 6º mês após a alta hospitalar (N=33).

3º mês após a alta hospitalar (N=33)			
Fator	p-valor	Domínios	p-valor
Comprometimento funcional – Rankin	0,019	E	0,019
		PF	0,031
		L	0,031
		M	0,008
		AC	0,004
		PS	0,022
		FES	0,004
		T/P	0,044
Existência de cuidador	0,023	PF	0,021
		AC	0,046
6º mês após a alta hospitalar (N=28)			
Fator	p-valor	Domínios	p-valor
Existência de cuidador	0,017	PF	0,002
		M	0,013
		P	0,029
		PS	0,028
		FES	0,043
Faixa etária	0,045	T/P	0,003
		PF	0,028
		H	0,030

E=Energia; PF=Papéis Familiares; L=Linguagem; M=Mobilidade; H=Humor; P=Personalidade; AC=Autocuidado; OS=Papéis Sociais; M/C=Memória/Concentração; FES=Função da Extremidade Superior; V=Visão; T/P=Trabalho/Productividade; T=Escore Total.

Neste estudo, a maioria (51,5%) não possuía união estável, diferentemente dos dados apresentados na literatura¹⁷⁻¹⁹, nos quais a maioria dos indivíduos acometidos pelo AVC eram casados ou possuíam algum tipo de união estável. Estes valores ressaltam a possibilidade de maior susceptibilidade destes indivíduos devido à falta de apoio durante o processo de reabilitação.

Com relação ao tipo de AVC, assim como relatado outrora, a predominância do tipo isquêmico (72,7%) foi encontrada neste estudo²⁰. Em conformidade com outros estudos, houve um maior comprometimento no hemisfério esquerdo dos indivíduos acometidos por esta patologia¹⁶⁻²¹.

Apesar da maior parte dos entrevistados (63,6%) ter apresentado o AVC pela primeira vez, assim como em estudo desenvolvido anteriormente, é significativo o número de pessoas que apresentaram AVC recorrente²². Segundo a OMS, quase um terço de todos os acidentes vasculares cerebrais ocorrem em pacientes que já tiveram um AVC, e cerca de 15% são precedidos por ataques isquêmicos transitórios²⁰. A recorrência desses eventos cerebrovasculares contribui substancialmente para o agravamento da situação clínica e funcional dos pacientes, e esses dados revelam a necessidade de ações educativas para o controle dos fatores de risco e a prevenção de novos episódios.

Verificou-se, na presente pesquisa, uma relação inversamente proporcional entre o grau de comprometimento da funcionalidade do paciente e a qualidade de vida do mesmo, em conformidade com o que foi evidenciado em outros estudos¹⁵⁻²¹. Esse comprometimento, além de ocasionar um aumento da dependência dos sujeitos aos cuidados de familiares, pessoas próximas e dos serviços de saúde, afeta as diversas dimensões da vida da pessoa acometida, com prejuízo na qualidade de vida.

No terceiro mês após a alta hospitalar 30,3% dos indivíduos apresentaram baixa QV, sendo essa proporção reduzida para 17,9% no sexto mês após a alta hospitalar. Apesar desses resultados, a média do escore apresentou boa QV na amostra em ambas as avaliações.

Quando comparados esses dados a estudo realizado anteriormente com 139 pacientes⁵, este apresentou pior nível de QV em relação a presente pesquisa e aos demais

estudos^{6,12,15,21,23}. Apesar de encontrarem uma grande variação nos métodos e instrumentos empregados em revisão de literatura, pesquisadores observaram que de modo geral os sujeitos pós-AVC possuíam pior QV do que aqueles que não sofreram o evento²¹.

Foi observada uma coerência entre os achados do estudo em tela em relação à evolução da funcionalidade com outro estudo desenvolvido, onde a funcionalidade foi mais comprometida até o sexto mês, tendo uma melhora a partir desse período²⁴.

Por outro lado, houve uma piora nos domínios da função da extremidade superior e trabalho/produzibilidade. Apenas 50 a 70% dos indivíduos que sobrevivem a um AVC adquirem independência funcional e a função motora mais comumente afetada nesses indivíduos é a do membro superior²⁵. A função do braço é alterada em um primeiro momento em 73 a 88% dos sobreviventes, sendo que 55 a 75% continuam com alteração na função, dificultando as AVD's, durante três a seis meses após o evento²⁴.

Os domínios da escala mais comprometidos segundo a EQVE-AVE, tanto em T1 quanto em T2, foram energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade, o que vai ao encontro dos resultados obtidos na literatura, que tiveram as mesmas dimensões como mais afetadas, acrescidas de mobilidade, trabalho e função do membro superior⁵. O comprometimento nessas dimensões revela dificuldades nos relacionamentos pessoais e familiares, interferindo na interação social e, conseqüentemente, na reinserção dessas pessoas nos diversos espaços antes ocupados na sociedade.

Quando foram agrupados por similaridade, pôde-se observar em T2, que os domínios 1 e 12, correspondendo à visão e energia, ficaram isolados em relação ao período T1, mostrando mudança na percepção da QV e, conseqüentemente, um aumento do número de grupos no terceiro período, quando comparado ao segundo. A energia foi um dos domínios mais comprometidos tanto em T1 quanto em T2, no entanto, todos apresentaram uma melhor média em relação ao primeiro momento, mostrando um aumento na percepção da QV. Porém, essas médias não foram similares aos demais domínios, sendo apresentadas isoladamente.

As associações realizadas entre as variáveis socio-

demográficas e clínicas e os escores totais e por domínio da EQVE-AVE evidenciaram a existência de associações dos diversos aspectos da QV com a faixa etária, a existência de cuidador e a gravidade do AVC avaliada por meio da Escala Modificada de Rankin. Estudo publicado revelou que a alta idade e a elevada severidade resultam em má qualidade de vida para os pacientes ambulatoriais pós-AVC²⁶. Entretanto, outros pesquisadores relatam que a falta de diferenças entre os pacientes com AVC geriátricos e não geriátricos com relação à QV tem sugerido que a idade não tem influência sobre a mesma, e que a depressão, afetando pacientes idosos ou não, pode comprometer a QV de ambos os grupos²⁷. Em se tratando de pessoas com sequelas de AVC, certamente a idade faz diferença, uma vez que a recuperação destas pessoas requer uma série de ajustes e adaptações, tanto sob o ponto de vista físico quanto neurofisiológico, os quais são mais difíceis de ocorrer em pessoas idosas²⁸.

A Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral refere que 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações nas atividades da vida diária, sendo das taxas mais elevadas da União Europeia²⁹. Investigação realizada também constatou que a QV esteve associada com a gravidade do AVC, o estado funcional e o nível de deambulação em pacientes de qualquer idade¹⁷.

A existência de um cuidador foi outro fator associado à baixa QV, uma vez que a capacidade de execução das AVD's estava prejudicada na maioria dos participantes deste estudo. Achados de uma pesquisa demonstraram que os pacientes dependentes de cuidadores para as AVD's apresentam pior QV nos domínios específicos da EQVE-AVE⁵.

Diante deste contexto, destaca-se o fato de indivíduos acometidos por AVC terem várias dimensões da QV afetadas ao longo de seis meses após o evento, comprometendo seus relacionamentos e a interação social, proporcionando-lhes uma vida menos equânime, na qual o isolamento social se torna uma realidade.

Uma limitação do estudo foi o tamanho reduzido da amostra, visto que se trata de um estudo longitudinal, com perdas inevitáveis ao longo do mesmo, principalmente em decorrência de óbito.

CONCLUSÃO

O estudo forneceu informações dos indivíduos com AVC sobre sua QV e a relação desta variável com algumas características dos mesmos. Houve uma relação inversamente proporcional entre o grau de comprometimento funcional e a qualidade de vida das pessoas acometidas.

Embora cerca de um terço dos participantes do estudo tenha apresentado baixa qualidade de vida aos três meses após o evento, constatou-se que houve melhora na mesma após seis meses de AVC. No entanto, ficou evidente que os domínios da QV comprometidos afetam a interação social dos sujeitos, tanto no nível da família, como nos demais grupos sociais, privando os indivíduos acometidos de usufruir das atividades que normalmente desenvolveriam, podendo levá-los a uma condição de isolamento social.

Não foi possível aumentar o tamanho da amostra em função das limitações impostas pelo hospital onde foi realizado o estudo em termos da permanência dos pesquisadores no serviço. Aliado a esse fato, ocorreram muitas perdas no decorrer da investigação, sendo a maioria delas por óbito dos sujeitos. Esses fatos apontam a necessidade da realização de novos estudos com maior número amostral, para melhor compreensão das variáveis analisadas, além de relacionar a QV com outros fatores, a exemplo da realização de tratamento para reabilitação, contribuindo, assim, para melhorar a atenção voltada aos indivíduos acometidos por AVC.

Os conhecimentos adquiridos nesse estudo proporcionarão uma maior compreensão do impacto da doença na vida do indivíduo, podendo agregar benefícios em termos de políticas públicas e de gestão em saúde e subsidiar uma melhor tomada de decisão na criação de estratégias para usuários que foram acometidos por AVC, no sentido da melhoria da qualidade de vida após o evento.

REFERÊNCIAS

1. Santos DG, Pegorano ASN, Abrantes CV, Jakaitis F, Gusman S, Bifulco SC. Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequelas de AVC após tratamento na piscina terapêutica, utilizando o teste Timed Up and Go. *Einstein* 2011;9:302-6.

2. Furini V, Oréface RSR, Laraia SEM, Soares NC. Avaliação do equilíbrio estático orientado pelo desempenho de portadores de acidente vascular encefálico. *Ter Man* 2008;27:303-6.
3. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994;272:619-26. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
4. Moon YS, Kim SJ, Kim HC, Won MH, Kim DH. Correlates of quality of life after stroke. *J Neurol Sci* 2004;224:37-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2004.05.018>
5. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm* 2013;26:205-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
6. Lima RCM, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Gomes-Neto M. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. *Rev Bras Fisioter* 2008;12:149-56.
7. Vanswieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988;19:604-7. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.19.5.604>
8. Rankin J. Cerebrovascular accidents in patients of the age of 60. *Scott Med J* 1957;2:200-15.
9. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke* 1999;30:1362-9. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.30.7.1362>
10. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Biller J. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology* 1999;53:1839-43. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.53.8.1839>
11. Sardi MD, Schuster RC, Alvarenga LFC. Efeitos da realidade virtual em hemiparéticos crônicos pós-acidente vascular encefálico. *Rev Bras Cienc Saúde* 2012;10:29-35. <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol10n32.1584>
12. Schwab-Malek S, Vatankeh B, Bogdahn U, Horn M, Audebert HJ. Depressive symptoms and quality of life after thrombolysis in stroke: the TEMPiS study. *J Neurol* 2010;257:1848-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-010-5622-4>
13. 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;108:384-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2005.06.008>
14. Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Prom Saúde* 2007;20:22-7.
15. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18:139-44.
16. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Moraes JD, Lucena EMF, Medeiros JM, et al. Perfil de usuários acometidos por acidente vascular cerebral adscritos à estratégia saúde da família em uma capital do nordeste do Brasil. *Rev Bras Cien Saúde* 2012;16:35-44. <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.s2.05>
17. Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL, Lopes MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. *Rev Latino-Am Enferm* 2010;18:1-6.
18. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:1341-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700068>
19. Mendes LM, Neves RF, Ribeiro KSQS, Brito GEG, Lucena EMF, Batista HRL, et al. Estado cognitivo dos usuários com AVE na atenção primária à saúde em João Pessoa – PB. *Acta Fisiatr* 2011;18:169-74. <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20110002>
20. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: USP; 2003, 217p.
21. Mota JF, Nicolato R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular encefálico: instrumentos de avaliação e seus resultados. *J Bras Psiquiatr* 2008;57:148-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000200013>
22. Monteiro RBC, Laurentino GEC, Melo PG, Cabral DL, Correa JCF, Teixeira-Salmela LF. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:2017-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700017>
23. Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2009;17:255-62.
24. Cirstea MC, Levin MF. Improvement of arm movement patterns and endpoint control depends on type of feedback during practice in stroke survivors. *Neurorehabil Neural Repair* 2007;21:398-411. <http://dx.doi.org/10.1177/1545968306298414>
25. Cavaco NS, Alouche SR. Instrumentos de avaliação da função de membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. *Fisioter Pesq* 2010;17:178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000200015>
26. Singhpo K, Chareerntanyarak L, Ngamroop R, Hadee N, Chantachume W, Lekbunyasit O, et al. Factors related to quality of life of stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012;17:776-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.04.005>
27. 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;53:19-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.06.004>
28. Tomás R, Cláudio S, Coelho J, Marreiros H, Bártolo M, Santos R, et al. A idade é uma variável preditora da funcionalidade após acidente vascular cerebral? Um estudo multi-análises. *SPMFR* 2009;17:44-8.
29. AVC (Endereço na Internet) Porto: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (atualizado em: 2008; acessado em 10/2015). Disponível em: <http://www.spavc.org/engine.php?cat=1>