



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARY ÂNGELA DE OLIVEIRA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS
ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

**TERESINA-PI
2015**

MARY ÂNGELA DE OLIVEIRA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS
ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Profa. Dra. Lídy Tolstenko Nogueira

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Sócio-educativas de Enfermagem

**TERESINA-PI
2015**

MARY ÂNGELA DE OLIVEIRA CANUTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS
ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em / / 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira (Orientadora)
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Luciana Kusumota (1ª Examinadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade (2ª Examinadora)
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo - Suplente
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

A Deus, por me permitir a realização deste sonho.

À minha família, principalmente, à minha mãe e meus avós, cujos esforços permitiram que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, André, Joana e Leonardo, pela cumplicidade e torcida e à minha sobrinha linda Sophia, a alegria das nossas vidas.

Ao Fabrício, pelo amor dedicado a mim, companheirismo e compreensão.

Às minhas amigas de sempre, Anna Clara, Fernanda, Marla e Renata, pela amizade e apoio durante a vida inteira.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira, exemplo de profissional no qual eu me espelho, pelos ensinamentos e paciência, não poderia ter tido melhor orientadora. Estes anos de convivência só contribuíram para aumentar ainda mais a minha admiração por ela.

Às professoras Dra. Luciana Kusumota, Dra. Elaine Rangel e Dra. Telma Evangelista, pelo pronto aceite em avaliar este trabalho e pelas importantes considerações para seu fortalecimento.

À Universidade Federal do Piauí, berço da minha graduação e pós-graduação, e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, aos professores que ajudaram na minha formação, em especial à Profa. Dra. Inez Sampaio Nery pelo apoio e incentivo constantes e à Profa. Nancy Nay Loiola, por ser mais que uma mestre, mas uma amiga, e aos funcionários do departamento.

Aos participantes deste estudo, pela atenção e colaboração com esta pesquisa, de forma tão gentil.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Alessandra Kelly, Maria Tamires, Mychelangela, e também a Jairo Edielson, Andréia e Nathacha Adriela, pelo apoio, auxílio e presença nas horas de anseios e preocupações, mas também nas de alegria, por se tornarem amigos com as quais eu espero conviver por toda a vida. O percurso tornou-se mais leve por tê-los por perto.

À Associação Reabilitar/CEIR e a todos os seus profissionais por me acolherem profissionalmente desde a minha graduação. Especialmente ao Dr. Benjamim Pessoa Vale, pela oportunidade de aperfeiçoamento, à minha amiga Cristiane Rocha, pela compreensão nos momentos de ausência, e aos funcionários Livia e Paulo, por contribuírem diretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas sobreviventes de acidente vascular cerebral (AVC) pode fornecer um perfil global das condições funcionais, psicossociais e da percepção da vida, orientando o processo de reabilitação. Esta pesquisa objetivou avaliar a QVRS de pessoas acometidas por AVC. Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal realizado em Teresina-Piauí, em um centro de referência em reabilitação física e/ou motora de pessoas acometidas por AVC. A amostra foi constituída por 104 pessoas atendidas no centro mencionado. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: mini Exame do Estado Mental (MEEM), para avaliação do estado cognitivo e seleção dos participantes aptos a responderem os demais instrumentos do estudo; um formulário estruturado com informações sociodemográficas, econômicas, sobre o arranjo familiar, cuidador, aspectos clínicos e os serviços que utilizam no centro; e a Stroke Specific Quality of Life Scale SS-QOL, específica para avaliação da QVRS de pessoas com AVC. Para a análise de dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 18.0, com os testes: T Student, ANOVA (com o teste Post Hoc usando a correção de Tukey), Pearson e Spearman. Os principais resultados foram: média de 23,13 pontos no MEEM, com 26% da amostra com déficit cognitivo; média de idade de 57,31 anos ($\pm 17,15$); predomínio do sexo masculino (51,90%); casados (48,10%); com 8 ou mais anos de escolaridade (55,80%); baixa renda (54,50%); presença de um cuidador (70,10%), que era, mais frequentemente, o próprio cônjuge (35,20%); com AVC isquêmico (69%); tempo decorrido depois do último AVC maior de 18 meses em 58,10% (média $33,35 \pm 35,23$); houve presença expressiva de fatores de risco prévios para o AVC; as sequelas mais frequentes foram: hemiparesia direita (41,60%), hemiparesia esquerda (39%) e dificuldade de fala (28,60%). Quanto à QVRS, obtiveram-se baixos escores, demonstrando domínios e QVRS comprometidos (escore total de QVRS teve média de $146,84 \pm 36,31$). O domínio mais afetado foi relações sociais e o menos afetado foi visão. O escore total de QVRS foi estatisticamente associado às variáveis: escolaridade ($p=0,00$); dislipidemia ($p=0,03$); hemiplegia esquerda ($p=0,04$); hemiparesia direita ($p=0,05$) e dificuldade de fala ($p=0,03$). A pesquisa evidenciou as consequências negativas da ocorrência da doença na QVRS da pessoa acometida. Estudos sobre a avaliação da QVRS de pessoas acometidas por AVC são importantes, porque a identificação dos aspectos da vida mais afetados pela doença, além dos fatores que interferem na sua QVRS, é essencial para a implantação de estratégias oportunas de intervenção.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Sobreviventes. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

The evaluation of health-related quality of life (HRQoL) of stroke survivors (CVA) can provide a comprehensive profile of functional and psychosocial conditions, and life perception, guiding the rehabilitation process. This research aimed to evaluate the HRQoL of people affected by stroke. This is a descriptive cross-sectional study conducted in Teresina, Piauí, in a reference center for physical and/or motor rehabilitation of people affected by stroke. The study sample consisted of 104 people attended in the mentioned center. To data collection three instruments were used: Mini-Mental State Examination (MMSE) to assess the cognitive state and selection of participants that are able to answer the other study tools; a structured form with sociodemographic and economic informations, about family arrangement, caregiver, clinical aspects and the services used in the center; and the Stroke Specific Quality of Life Scale tool SS-QOL, specific to evaluate HRQoL of patients with stroke. For data analysis, the SPSS (Statistical Package for Social Science) version 18.0 was used, with the tests: Student's t-test, ANOVA (with Tukey Post Hoc test), Pearson and Spearman. The main results were: average of 23.13 points on the MMSE, with 26% of the sample with cognitive impairment, mean age 57.30 years (SD = 17.15); male predominance (51.90%); married (48.10%); with 8 or more education years (55.80%); low income (54.50%); caregiver presence (70.10%), which was more often their spouse (35.20%); 69% with ischemic stroke; time elapsed after the last stroke of more than 18 months in 58.10% (mean 33.35 ± 35.23); there was a significant presence of stroke risk factors; the most frequent sequelae were: right hemiparesis (41.60%), left hemiparesis (39%) and difficulty speaking (28.60%). As to HRQoL low scores were obtained, showing committed domains and HRQoL (total HRQoL score had a mean of 146.84 ± 36.31). The most affected domain was social relations and the least affected was vision. The total score of HRQoL was statistically associated to the variables: education ($p = 0.00$), dyslipidemia ($p = 0.03$); left hemiplegia ($p = 0.04$); right hemiparesis ($p = 0.05$) and difficulty speaking ($p = 0.03$). The research showed the negative consequences of the disease's occurrence in the HRQoL of the affected person. Studies about the HRQoL evaluation of people affected by stroke are important because the identification of life aspects most affected by the disease, in addition to the factors that interfere in their HRQoL, is essential for the appropriate intervention strategies' implementation.

Key Words: Stroke. Survivors. Quality of life. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de acesso aos serviços do centro de reabilitação.	34
Figura 2	Fluxograma de seleção de participantes do estudo.	35
Gráfico 1	Escores do mini exame do estado mental – MEEM, aplicado a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=104).	42
Tabela 1	Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo fatores sociodemográficos. Teresina, PI, 2014 (n=77).	43
Tabela 2	Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo fatores econômicos. Teresina, PI, 2014 (n=77).	44
Tabela 3	Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo arranjo familiar e cuidador. Teresina, PI, 2014 (n=77).	45
Tabela 4	Caracterização clínica de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	46-47
Tabela 5	Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral conforme os serviços utilizados no centro de reabilitação. Teresina, PI, 2014 (n=77).	48
Tabela 6	Resultados percebidos pelas pessoas acometidas por acidente vascular cerebral após tratamento de reabilitação no centro. Teresina, PI, 2014 (n=55).	48
Tabela 7	Dados descritivos e consistência interna dos escores totais dos domínios e da qualidade de vida relacionada à saúde, segundo a escala SS-QOL aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	49
Tabela 8	Média, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos em cada resposta por domínio e qualidade de vida relacionada à saúde, segundo a escala SS-QOL aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	50
Tabela 9	Resultados da subescala da SS-QOL, aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	51-52
Tabela 10	Associação entre dados sociodemográficos e econômicos e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas	53-54

por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Tabela 11	Associação entre dados clínicos e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	55
Tabela 12	Associação entre fatores de risco e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT	Ataque isquêmico transitório
AVC	Acidente vascular cerebral
AVCI	Acidente vascular cerebral isquêmico
AVCH	Acidente vascular cerebral hemorrágico
AVD	Atividades da vida diária
AVE	Acidente vascular encefálico
CAAE	Certificado de apresentação para apreciação ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
MAV	Malformações arteriovenosas
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SS-QOL	Stroke Specific Quality of Life Scale
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TME	Taxa de mortalidade específica
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	JUSTIFICATIVA	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	Acidente vascular cerebral	19
4.2	Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde	25
4.3	Acidente vascular cerebral e qualidade de vida relacionada à saúde	28
4.3.1	Instrumentos de avaliação da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral	29
5	METODOLOGIA	33
5.1	Tipo e local do estudo	33
5.2	População e amostra	34
5.3	Variáveis do estudo	36
5.4	Instrumentos de coleta dos dados	36
5.4.1	Mini Exame do Estado Mental – MEEM	36
5.4.2	Formulário para coleta de dados sociodemográficos, de arranjo familiar e relacionados à saúde	37
5.4.3	Stroke Specific Quality of Life Scale - SS-QOL	37
5.4.4	Pré-teste	39
5.5	Procedimento de coleta dos dados	39
5.6	Análise dos dados	40
5.7	Aspectos éticos	41
6	RESULTADOS	42
7	DISCUSSÃO	57
8	CONCLUSÃO	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	82
	APENDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	83

ANEXOS	86
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	87
ANEXO B - STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE- SS-QOL adaptada para a língua portuguesa	90
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	97
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	101

1 INTRODUÇÃO

As transformações econômicas e sociais advindas da revolução tecnológica e industrial, nos dois últimos séculos, resultaram em uma grande mudança do perfil de morbimortalidade da população. O crescimento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional, aumentaram a exposição aos fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2006; 2013a).

Dentre as DCNT, o acidente vascular cerebral (AVC) vem se destacando como a segunda causa de morte em todo o mundo, atrás apenas das doenças cardiovasculares, e a tendência é esta posição se manter até o ano de 2030. O AVC foi responsável, em 2005, por 5,7 milhões de mortes (9,9% dos óbitos mundiais), destas, mais de 85% ocorreram em países de baixa e média renda e dois terços em pessoas com mais de 70 anos (OMS, 2006; BRASIL, 2013a).

Projeções mostram que, no mundo, uma em cada seis pessoas terá um AVC durante a sua vida; a cada seis segundos alguém em algum lugar morre desta doença; 15 milhões de pessoas sofrem um AVC por ano e seis milhões não sobrevivem. A maioria, dentre as cerca de 30 milhões de pessoas que sofreram AVC no mundo, sobrevive com deficiências residuais, como incapacidades físicas, alterações mentais e cognitivas (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2012).

Nos Estados Unidos da América (EUA), segundo dados da American Heart Association (2012), a cada ano, 795.000 pessoas têm um novo episódio ou um episódio recorrente de AVC. Em 2008, foi responsável por uma a cada 18 mortes neste país. O total de custos com doenças cardiovasculares e o AVC foi estimado em \$297,7 bilhões de dólares, para comparação, neste mesmo ano, o custo estimado com todos os cânceres e neoplasias benignas foi de \$228 bilhões. Os custos com doenças cardiovasculares são maiores do que os com qualquer outro grupo de doenças.

No Brasil, conforme dados do DATASUS, a taxa de mortalidade específica (TME), que corresponde ao número de mortes a cada 100.000 habitantes, foi de 52,3 para as doenças cerebrovasculares em 2010, totalizando 99.732 óbitos. No ano de 2012, foram 165.899 internações hospitalares por AVC, totalizando custos que ultrapassam R\$ 163 milhões de reais com serviços hospitalares, caracterizando a

doença como altamente onerosa aos cofres públicos e ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010a; BRASIL 2012a).

No Piauí, em 2011, foram 2.138 óbitos por doenças cerebrovasculares e a TME 67,1, a segunda maior do Brasil, depois do Rio Grande do Sul (74,4). No ano 2000, a TME era de 38,1 no estado do Piauí, observando-se grande crescimento. Em 2012, foram 3.384 internações por AVC no estado com um gasto de R\$2.417.617,87 em serviços hospitalares (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Na capital, Teresina, foram 492 óbitos por doenças cerebrovasculares em 2010 e a TME foi de 60,4, a quinta maior taxa entre as capitais brasileiras. Houve 1.362 internações por AVC em 2012, com gastos nos serviços hospitalares de R\$ 922.261,95 reais (BRASIL, 2010a; 2012a). Segundo o relatório anual de gestão de Teresina, a meta para o indicador taxa de internações por AVC era 5,20, mas a taxa foi quase o dobro do estipulado (10,14) no ano de 2011 (PIAUI, 2010). Observa-se, desta forma, a necessidade do monitoramento mais rigoroso das internações por AVC.

Percebe-se, assim, que, a exemplo do que ocorre no mundo, em países como os EUA e o Brasil e, no estado do Piauí, o número de mortes por AVC e os gastos ocasionados por esta doença atingem níveis alarmantes. A OMS (2006) alerta que o AVC é uma doença onerosa, responsável por elevado número de óbitos prematuros, incapacidade permanente nos que sobrevivem, além dos altos custos para os familiares ou prestadores de assistência, e para os serviços de saúde, com hospitalizações e reabilitação. Contudo, é passível de prevenção. Assim, há a necessidade de identificar a extensão e implicações da doença para que sejam adotadas medidas públicas com o intuito de diminuir a prevalência da exposição aos fatores de risco.

As doenças cerebrovasculares são compostas por um grupo heterogêneo de transtornos vasculares de diferentes etiologias. A ocorrência desse tipo de evento afeta as funções do cérebro, lesando as células nervosas, o que pode resultar em graves consequências. O AVC também é denominado derrame cerebral ou acidente vascular encefálico (AVE). A definição recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) de AVC é o comprometimento neurológico focal, mas que também pode ser global, que ocorre subitamente, tem duração superior a 24 horas (ou leva ao óbito) e que possui provável origem vascular.

Os sintomas do AVC incluem uma ampla variedade de déficits neurológicos, o que vai depender da localização da lesão (vaso acometido), do tamanho da área que está com a perfusão insuficiente e da quantidade do fluxo sanguíneo colateral. Destacam-se: dormência ou fraqueza na face ou em um membro, especialmente em um dos lados do corpo; distúrbios na visão; dificuldade de falar ou compreender a fala; confusão ou alteração mental; falta de coordenação motora ou equilíbrio; dor de cabeça intensa e súbita; perda da consciência; rigidez de nuca; zumbido e tonteira (SMETZER et al., 2011).

As injúrias cerebrais produzidas pelo AVC, quando não matam, resultam, muitas vezes, em importantes distúrbios funcionais como hemiplegia, paralisia facial, afasia, cegueira cortical, alterações táteis-proprioceptivas, incontinência urinária e fecal, alterações mentais e cognitivas, entre outras. Estas sequelas podem levar à incapacidade total ou parcial do indivíduo, com severas implicações para a sua qualidade de vida pela incapacitação, pelos anos de vida produtiva perdidos e pelos altos custos financeiros envolvidos nos processos de hospitalização e reabilitação (OMS, 2006; SMELTZER et al., 2011).

Por essas razões, é de grande importância a realização de estudos sobre a qualidade de vida (QV) nas pessoas acometidas por AVC. QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997). É um conceito vasto que é influenciado complexamente pela saúde física, psíquica, independência, as relações sociais e ambientais, os valores e crenças do indivíduo. Esta definição abrange seis domínios fundamentais: saúde física e psicológica, níveis de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade e crenças pessoais.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é um conceito polissêmico, uma noção humana ligada ao quanto o indivíduo está satisfeito com a sua vida em diversos aspectos, familiar, social, ambiental, e quanto à sua própria existência. Parte da necessidade de realizar uma síntese cultural de todos aqueles elementos que uma sociedade avalia como seu padrão de conforto e bem-estar. Trata-se de um termo de múltiplos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que a ele se reportam em diversas épocas e histórias.

Retomando o campo da saúde, a discussão da relação saúde e QV, apesar de ser inespecífica, vem desde os séculos XVIII e XIX, com o surgimento da

medicina ocidental, quando investigações científicas começaram a referenciar o tema. É importante destacar também que, embora valores não materiais e subjetivos (amor, realização pessoal, liberdade, por exemplo) componham a concepção de QV, existem elementos materiais que fazem parte desta noção, como a satisfação das necessidades essenciais do homem, com alimentação, moradia, trabalho, educação, saúde, lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é usado com grande frequência na literatura, com objetivos similares à conceituação mais geral. Entretanto, QV possui uma definição mais ampla, que sofre influência de estudos sociológicos, sem aludir a doenças e agravos. Já o conceito de QVRS parece fazer referência aos aspectos mais diretamente relacionados às doenças ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Com base no exposto, definiu-se como objeto de estudo a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. E elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: como se apresenta a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral em Teresina-PI.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto à função cognitiva, perfil sociodemográfico e econômico, arranjo familiar, cuidador e aspectos clínicos;
- Identificar os domínios de qualidade de vida relacionada à saúde mais e menos afetados;
- Investigar a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde da amostra do estudo com suas características sociodemográficas, econômicas e clínicas.

3 JUSTIFICATIVA

O AVC gera alterações importantes na QVRS dos pacientes, sendo esta pior em pessoas pós-AVC do que naquelas que não sofreram este tipo de evento. Observa-se pouca referência de estudos que tratam de avaliação da QVRS de pessoas pós-AVC no Brasil, deflagrando a necessidade da realização de mais estudos sobre essa temática.

Na área da enfermagem, os estudos estão relacionados mais frequentemente ao cuidador do idoso que sofreu AVC. Porém, é importante também a realização de estudos que explorem a QVRS da pessoa acometida pela doença. A enfermagem tem impacto significativo na recuperação do paciente com AVC, durante e após a fase aguda, realizando intervenções pertinentes para evitar as complicações, encorajando e promovendo a recuperação, ouvindo-os e questionando-os para produzir o significado da experiência do AVC.

Estes fatos, somados à participação da autora na coordenação do Projeto Pense Bem AVC, motivaram a realização desta pesquisa. O Programa Nacional de Prevenção ao Derrame Cerebral é um movimento institucional, que coordena ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação das lesões vasculares cerebrais, que surgiu visando diminuir a morbimortalidade da doença por meio da prevenção primária. Foi criado para atender a uma crescente necessidade social comprovada por estudos epidemiológicos. O projeto objetiva reduzir a incidência de mortalidade e sequelas derivadas de AVCs, levando uma mensagem educativa à população em geral, direcionada, no entanto, àqueles que estão sob maior risco (SBN, 2013).

Com o apoio da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), foi lançado, no Piauí, no dia 13 de dezembro de 2007, o Projeto Pense Bem AVC que, inspirado no programa nacional, busca, por meio de atividades educativas, levar informações à população sobre a prevenção e tratamento do derrame cerebral. O projeto é coordenado pela Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação (Associação Reabilitar), entidade sem fins lucrativos, que, além de coordenar o projeto, gerencia o Centro Integrado de Reabilitação (CEIR). A associação vem promovendo, desde 2007, eventos educativos sobre como prevenir o AVC em bairros, escolas e empresas (REDE BRASIL AVC, 2013).

O projeto foi lançado no Piauí, pois, neste estado, o número de óbitos por doenças cerebrovasculares, proporcionalmente à população, é o segundo maior do

país, apresentando também um elevado número de casos da doença. No centro de reabilitação no qual foi realizada esta pesquisa, as sequelas resultantes do AVC são as maiores causas de busca pelo tratamento de reabilitação por adultos, por isso a importância do estudo de avaliação da QVRS de pessoas acometidas por AVC nesta realidade.

Ao avaliar a QVRS de pessoas com sequelas por AVC pode-se obter perfil global das condições funcionais, psicossociais e da percepção da vida pelo sujeito, direcionando a sua reabilitação e colaborando para uma melhoria deste processo e da percepção da QVRS, além de permitir a formação de subsídios e políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção em saúde ao AVC.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Acidente vascular cerebral

Segundo Pellico (2015), o AVC é uma síndrome heterogênea caracterizada pelo desenvolvimento de um ou mais déficits neurológicos focais (correspondentes ao local do cérebro atingido), ocasionados pela diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro, que resulta na morte das células cerebrais e limitações funcionais.

O AVC pode ser subdividido em quatro tipos: primeiro, que é referente ao primeiro episódio de derrame; recorrente, no qual há história de um episódio anterior de AVC; não-fatal, a pessoa sobrevive a um AVC pelo menos 28 dias após a instalação dos sintomas; e fatal, que resulta em óbito em um período de até 28 dias do início dos sintomas (OMS, 2006).

Outra classificação, quanto à etiologia, divide o AVC em duas categorias principais: AVC isquêmico (AVCI), que ocorre em cerca de 85% dos casos, no qual há interrupção do fluxo sanguíneo cerebral devido à obstrução da luz do vaso, iniciando uma complexa sucessão de eventos metabólicos neuronais (cascata isquêmica); e AVC hemorrágico (AVCH) (15%), decorrente do sangramento no cérebro, ventrículos ou espaço subaracnóide. Apesar de haver semelhanças entre estes dois amplos tipos de AVC, há diferenças em relação à etiologia, fisiopatologia, tratamentos clínicos e cirúrgicos (SMELTZER et al., 2011; PELLICO, 2015).

Com relação ao AVCI, este pode ser subdividido de acordo com a causa em: AVCs trombóticos de grandes artérias (20%), causados pela formação de trombos e a oclusão por aterosclerose de grandes vasos no cérebro; AVCs trombóticos em pequenas artérias penetrantes (ou lacunares) (25%), o tipo mais importante, pode afetar um ou mais vasos; embólicos cardiogênicos (20%), geralmente associados a arritmias cardíacas, principalmente à fibrilação atrial, mas que também têm associação com a valvopatia cardíaca e trombos no ventrículo esquerdo; AVCs criptogênicos (30%); que não têm causa definida; e infartos por outras etiologias (5%), como a utilização de drogas ilícitas, enxaquecas, coagulopatias, e dissecação espontânea de artérias (SMELTZER et al., 2011; BRASIL, 2013a).

No AVCI, a cascata isquêmica inicia-se quando o fluxo de sangue no cérebro diminui para menos de 25 ml por 100 gramas de sangue por minuto, ponto no qual os neurônios são incapazes de manter a respiração aeróbica. As

mitocôndrias passam, então, para a respiração anaeróbica, aumentando a produção de ácido láctico e alterando o pH. Isto também torna o neurônio incapaz de produzir trifosfato de adenosina em quantidades suficientes para manutenção dos processos de despolarização. Assim, as bombas de equilíbrio eletrolítico passam a ser insuficientes e as células deixam de funcionar (PELLICO, 2015).

Quando a cascata inicia-se, existe uma área de baixo fluxo de sangue cerebral, ao redor da área do infarto, chamada de área de penumbra, que se constitui de tecido cerebral isquêmico que tem chances de recuperação, caso haja intervenção adequada em tempo hábil. O processo de cascata isquêmica ameaça as células desta região, pois a despolarização da membrana celular ocasiona aumento do cálcio dentro da célula e a liberação do glutamato, processos que, se não interrompidos, ativam vias nocivas que agravam estes eventos, causam a vasoconstrição e geram radicais livres. Este conjunto de alterações aumenta a área de infarto até a penumbra, ampliando o AVCI (SMELTZER et al., 2011).

Cada uma das etapas do evento isquêmico é uma oportunidade de intervenção visando restringir a extensão do dano cerebral em virtude do AVC. A área de penumbra pode ser resgatada pela administração do ativador de plasminogênio tecidual (rt-PA), uma medicação denominada neuroproterora, porque protege o cérebro contra lesões secundárias (SMELTZER et al., 2011). A administração do medicamento é recomendada nas primeiras 3 a 4,5 horas do início dos sintomas, o mais recomendado é a infusão na primeira hora após a chegada ao serviço de saúde (PICCOLO, 2009).

De acordo com Smeltzer et al. (2011), dentre as manifestações clínicas do AVCI, estão o comprometimento das funções motoras sensitivas, cognitivas e dos nervos cranianos. A perda motora é ocasionada pela lesão do neurônio motor superior, o que gera a perda do controle voluntário dos movimentos. Os neurônios motores decussam, desta forma, um distúrbio em um lado do corpo pode refletir em dano dos neurônios motores presentes no lado oposto do cérebro. A disfunção motora mais frequente é a hemiplegia (paralisia de um lado do corpo ou de parte dele), outros sinais são a hemiparesia (a fraqueza em um lado do corpo) e a ataxia (marcha instável e cambaleante).

O AVCI também afeta a linguagem e a comunicação, sendo a mais importante causa de afasia (incapacidade de se expressar ou entender a linguagem). As disfunções neste aspecto são: a disartria (dificuldade de fala, na

formação de palavras, pela paralisia dos músculos responsáveis); disfasia (comprometimento da fala) ou afasia (perda da fala); e a apraxia (incapacidade de realizar uma ação aprendida anteriormente) (SMELTZER et al., 2011).

Também ocorrem com frequência distúrbios perceptivos visuais, distúrbios nas relações visuoespaciais (percepção de mais de um objeto em áreas espaciais) e perda sensorial. A hemianopsia (perda de metade do campo visual) pode ser temporária ou permanente e corresponde ao lado paralisado do corpo. Podem ocorrer ainda a perda de visão periférica, com dificuldade de enxergar no período noturno e desatenção de objetos e suas bordas, e a diplopia (visão dobrada). Já os distúrbios sensoriais podem ser de comprometimento leve do toque, ou mais graves, com dificuldade de propriocepção (capacidade de perceber o movimento e posição de partes do corpo), envolvendo as parestesias (dormência ou formigamento em um membro) (SMELTZER et al., 2011).

O comprometimento cognitivo é frequente em pessoas que sofreram um AVC agudo. Estas disfunções comumente trazem graves consequências para a vida do indivíduo, com grande impacto no seu desempenho ocupacional. O comprometimento cognitivo geralmente abrange a memória, cálculo, linguagem, atenção, funções executivas, orientação espacial e temporal, negligência e apraxia (BRASIL, 2013b).

Segundo Smeltzer et al. (2011), no caso de lesão no lobo frontal do cérebro, a capacidade de aprender, a memória e outras funções intelectuais podem sofrer perdas, isto reflete-se na diminuição da atenção, dificuldades de entendimento, esquecimento e desmotivação, o que pode gerar frustração na reabilitação do paciente. Dentre os problemas psicológicos, destacam-se a depressão, labilidade emocional, ressentimento, falta de cooperação e hostilidade.

Conforme Nazaré (2009), caso o déficit neurológico dure menos de uma hora, não se trata de AVCI, mas de um ataque isquêmico transitório (AIT), que caracteriza-se pela repentina perda motora, sensorial ou visual e resulta da isquemia temporária de uma região do cérebro, porém não evidenciadas por exames de imagem. O acontecimento de um AIT pode servir de alerta para um AVC iminente, sendo o risco de eventos cérebro-cardiovasculares mais alto nos primeiros dias após a sua ocorrência, 50% dos casos de AVC ocorrem nas primeiras 48 horas, e a probabilidade é de 10 a 15% nos primeiros três meses.

Já AVCs do tipo hemorrágico subdividem-se em: hemorragia intracerebral, que ocorre no próprio tecido cerebral e hemorragia subaracnóide, que acontece no espaço entre as meninges pia-máter e aracnóide. A hemorragia intracerebral em virtude da ruptura espontânea de pequenos vasos responde por cerca de 80% dos AVCH e é causada na maior parte das vezes por pressão alta descontrolada. A hemorragia subaracnóidea, em 50% dos casos, é ocasionada pela ruptura de aneurisma (um enfraquecimento da parede da artéria) (OMS, 2006; SMELTZER et al., 2011).

A hemorragia intracerebral também é causada por angiopatia amilóide cerebral (depósito da proteína beta-amilóide nos vasos do cérebro). Enquanto que a hemorragia intracerebral secundária está relacionada a aneurismas intracranianos, malformações arteriovenosas (MAV), neoplasias e à utilização de medicações (anfetaminas, anticoagulantes). A taxa de mortalidade de uma hemorragia intracraniana é alta, até 48% no primeiro mês. Os pacientes sobreviventes da fase aguda geralmente apresentam déficits mais graves e uma recuperação mais difícil e longa que pessoas que sofreram AVCI (SMELTZER et al., 2011).

A fisiopatologia do AVCH varia de acordo com a causa e o tipo de distúrbio vascular cerebral. Os sintomas resultam quando uma hemorragia primária, MAV ou aneurisma pressiona os nervos cranianos ou o tecido cerebral circundante, ou quando o aneurisma ou MAV rompe-se ocasionando a hemorragia subaracnóidea. O metabolismo cerebral é interrompido pela exposição do tecido cerebral ao sangue, pelo aumento da pressão intracraniana, ou pela isquemia secundária do cérebro, devido à diminuição da pressão de perfusão e vasoespasmo, que comumente acompanham a hemorragia (SMELTZER et al., 2011).

A hemorragia intracerebral ocorre mais frequentemente em pessoas com hipertensão e aterosclerose cerebral, pois suas mudanças degenerativas culminam na ruptura do vaso, ocorrendo mais nos lobos cerebrais, tálamo, núcleos da base, tronco encefálico e cerebelo. O aneurisma cerebral é uma dilatação das artérias cerebrais resultante de uma fraqueza da sua parede, cuja causa é desconhecida, mas pode estar associada à aterosclerose, um defeito congênito, doença vascular hipertensiva ou trauma craniano. Pode acontecer em qualquer artéria e serem múltiplos, porém são mais comuns nas grandes artérias do círculo de Willis (SMELTZER et al., 2011).

Já a MAV é causa frequente de AVCH em pessoas mais jovens e a maioria é resultado de uma anormalidade do desenvolvimento embrionário que leva à formação de um emaranhado de artérias e veias no cérebro sem leito capilar, a ausência desta estrutura causa a dilatação dos vasos, e, no caso de aumento da pressão, pode levar ao seu rompimento. A hemorragia subaracnóidea pode ser consequência de uma MAV, aneurisma, traumatismo ou pressão alta. A ruptura de aneurisma no círculo de Willis e uma MAV congênita são as causas mais frequentemente (PELLICO, 2015).

As manifestações clínicas do AVCH são semelhantes às do AVCI, sendo a cefaléia intensa a manifestação mais citada, a variação global é reflexo da extensão dos déficits neurológicos. A maioria das funções motoras, sensoriais e cognitivas do AVCI também é alterada após a ocorrência de um AVCH. Dentre os sintomas que são mais comuns no AVCH, em comparação ao AVCI, estão: vômitos, alteração do nível de consciência e convulsões focais (SMELTZER et al., 2011).

Além os déficits neurológicos similares aos do AVCI, o paciente com ruptura de MAV e aneurisma pode ter uma dor de cabeça repentina e nem sempre intensa, perda da consciência, rigidez de nuca e da coluna vertebral, distúrbios visuais, zumbidos e tonturas. O prognóstico da doença vai depender da condição neurológica, idade, comorbidades e local e extensão do sangramento. A hemorragia em virtude de um aneurisma possui morbidade e mortalidade altas (SMELTZER et al., 2011).

A doença é um desafio para os profissionais de saúde, porém o trabalho de prevenção dos fatores de risco apresenta-se muito eficaz, constituindo-se na melhor abordagem nos dois tipos de AVC. A realização de medidas preventivas tem provocado a diminuição significativa da incidência da doença. As avaliações de risco são momentos oportunos para diminuir o risco de AVC pela identificação de pessoas ou grupos com alto risco e a educação sobre o reconhecimento do AVC e sua prevenção (SMELTZER et al., 2011). Também para Gagliardi (2009), a melhor conduta em relação ao AVC é a prevenção, tratando-se de uma atitude fundamental e prioritária, devendo todo profissional de saúde estar imbuído desta tarefa.

Como estratégias de prevenção ao AVC, podem-se citar: prevenção primária (o objetivo é diminuir a sua ocorrência) por meio da identificação de indivíduos com maior risco e iniciativas de incentivo à atividade física e anti-tabagistas; prevenção secundária (visando reduzir as suas repercussões em pessoas acometidas) com a

diminuição da exposição aos fatores de risco cardiovascular e realização do tratamento com fármacos anti-hipertensivos e antiplaquetários; terciária (objetivando diminuir as consequências ao paciente com AVC) tratando infecções agudas, controlando comorbidades e reabilitando o paciente (OMS, 2006).

Os fatores de risco para o AVC podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores de risco modificáveis se encontram o tabagismo e a exposição passiva à fumaça dos cigarros; o consumo abusivo de bebidas alcoólicas; dieta inadequada, com o baixo consumo de frutas e verduras; hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes. Entre os fatores não modificáveis, têm-se a idade (quanto maior a idade, maior o risco); o sexo (mais comum em pessoas do sexo masculino); história familiar e a cor da pele (mais frequente em negros) (OMS, 2006; BORTOLOTTI, 2012; BRASIL, 2013b; PELLICO, 2015).

Ainda podem ser citados como fatores de risco para a doença: a fibrilação atrial e outras doenças cardíacas; o uso de contraceptivos orais; antecedentes de AIT ou AVC; dislipidemia; sedentarismo; baixo peso ao nascer; algumas condições genéticas como anemia falciforme; obesidade; terapia de reposição hormonal pós-menopausa; aumento da homocisteína plasmática; a síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal e o uso de cocaína, anfetaminas e outras drogas (BORTOLOTTI, 2012; BRASIL, 2013b).

O desfecho e o tratamento do AVC estão relacionados com o conhecimento da população sobre a doença e seus fatores de risco. Existem muitas lacunas de informação sobre essa doença e seu tratamento, e há o desconhecimento da sua gravidade, o que contribui para a baixa adesão ao tratamento adequado e à prevenção secundária. Para que haja mudança desta perspectiva, é necessária a realização de campanhas educacionais para informar a população sobre AVC, voltadas principalmente para pessoas com maior risco (FALAVIGNA et al., 2009).

Mundialmente, o AVC é a segunda maior causa de morte, acometendo principalmente adultos de meia idade e idosos. No Brasil, as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares são as mais altas das Américas (GOULART et al., 2010). Os AVCs são a maior causa de incapacidades no mundo, a reabilitação objetiva habilitar pessoas com déficits neurológicos ou incapacidades a alcançar o máximo desempenho intelectual, físico, psíquico e social que seja possível. Para

atingir esta meta, a abordagem à pessoa acometida deve ser multi e interdisciplinar e individualizada (MINELLI, 2009).

Segundo Minelli (2009), a reabilitação pós-AVC deve iniciar-se ainda na admissão hospitalar, devendo o paciente ser encaminhado de preferência a uma Unidade de AVC, que vem demonstrando ser mais eficiente na diminuição da mortalidade, morbidade e maior independência das atividades da vida diária (AVD), em relação a unidades gerais. O objetivo inicial é evitar complicações na fase aguda da doença, como: recorrência do AVC, pneumonia, úlceras por pressão, contraturas e deformidades. De uma forma geral, a reabilitação utiliza um conjunto de técnicas fisioterapêuticas, terapia ocupacional, fonoaudiologia e reabilitação cognitiva, envolvendo uma ampla variedade de profissionais.

No manejo aos pacientes com AVC, um fator importante é a necessidade de tratá-los por uma equipe com enfoque multidisciplinar especializado, com as quais se obtém melhor resultado do que em pacientes não tratados por equipes como estas, e isto pode ser observado pela redução da mortalidade, do grau de dependência e institucionalização. Além disso, a mobilização e a reabilitação precoces de pessoas com déficit neurológico grave podem ajudar a diminuir a incapacidade depois do AVC e a evitar complicações (OMS, 2006).

Diante das variadas manifestações clínicas ocasionadas pelo AVC, a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, deve planejar e implementar um plano de cuidados que considere todas as necessidades do paciente e contribua para sua reabilitação. É importante destacar que a assistência de enfermagem prestada à pessoa acometida por AVC não deve ser direcionada apenas a ele, mas também à família, já que o envolvimento dos familiares pode intervir positivamente na saúde do paciente (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

4.2 Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde

Atualmente, é possível observar que a QV conquistou uma hegemonia discursiva na linguagem técnica e também na cotidiana. Em virtude desta sua vasta dispersão discursiva, o termo QV possui grande indeterminação no seu significado, sendo utilizado com o sentido muito genérico e havendo a necessidade da ideia ser mais bem explicitada e esclarecida (MINAYO, HARTZ; BUSS, 2000; GIMENES, 2013).

O uso da expressão QV atende a alguns fins: técnicos, atuando como definição articuladora de conceitos e práticas nas ciências biomédicas; econômicos, utilizado como aglutinador de valor ou que justifica a produção ou compra de serviços e produtos; fins clínicos, indicando a eficácia de um procedimento ou para organização de grupos de pacientes; político-administrativos, sendo medida para avaliar e comparar políticas de saúde; e subjetivos, para compreender e avaliar a própria saúde ou organizar os meios para sua melhoria (GIMENES, 2013).

Minayo, Hartz e Buss (2000) trazem a noção básica da ideia de QV que consiste em aproveitar as condições culturais e econômicas oferecidas por uma determinada sociedade para sua população. Este aproveitamento, no entanto, pode ser considerado de diferentes modos, pois existem determinantes históricas (a ideia do que seja uma vida boa muda de acordo com a época histórica), culturais e sociais (cada camada e cultura valorizam práticas distintas). Assim, a noção de QV configura-se como uma relação entre a qualidade das condições de vida disponíveis e a qualidade dos estilos de vida escolhidos, articulados pela percepção individual de ambos.

Seidl e Zannon (2004) afirmam que a QV aparece como uma definição global e abstrata de satisfação. Baseando-se nessa noção geral, pesquisadores das ciências biomédicas notaram um amplo potencial em usar as percepções individuais como medidas confiáveis para avaliação da eficácia de procedimentos médicos. Começa, assim, um processo para tentar refinar essa noção para uma definição mais conceitual e instrumental, relacionado à eficácia do tratamento e pesquisas em saúde. Nos anos de 1980, há, simultaneamente ao entendimento da QV como noção abstrata, a tentativa de construção de uma definição específica (GIMENES, 2013).

A partir da década de 1990, Seidl e Zannon (2004) assinalam para um consenso mínimo alcançado entre os pesquisadores sobre os dois aspectos mais importantes do conceito de QV: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade considera a percepção pessoal sobre o seu estado de saúde e os aspectos não médicos da sua vida, já a multidimensionalidade, que o conceito de QV é atravessado por várias dimensões.

O conceito de QVRS surge da procura por uma definição mais precisa da QV e por uma delimitação mais segura das dimensões que a atravessam. Enquanto QV apresenta uma aceção mais ampla e genérica, na QVRS, a ênfase recai em

sintomas ou limitações causadas por doenças. O conceito de QVRS possui uma característica mais instrumental, já que atua para prover dados aos profissionais da saúde a respeito de suas práticas (SEIDL; ZANNON, 2004; GIMENES, 2013).

A conceituação geral QV está relacionada à capacidade da pessoa de controlar sua própria saúde, visto que ela provém, parcialmente, de suas escolhas e percepções. O conceito específico de QVRS, ao contrário, remete mais à possibilidade das pessoas serem controlados por estes mesmos fatores, dado que suas escolhas são observadas e suas percepções estudadas utilizando instrumentos de medida (GIMENES, 2013).

De acordo com Bowling (2001), QVRS é definida como um ótimo nível de função física, mental, social e do papel exercido na vida, envolvendo relacionamentos, percepção de saúde e de bem-estar, habilidades, satisfação com a vida, relaciona ainda as expectativas futuras e a satisfação da pessoa com seu tratamento, seus resultados e o estado de saúde.

Um aspecto importante dentre os variados usos discursivos da expressão QV é a existência de variados instrumentos para medi-la, que se relacionam com três usos sugeridos da expressão: como um parâmetro, um dado e um método. A medida da QV como parâmetro permite a análise de políticas de saúde; enquanto dado proporciona uma medida da saúde percebida; como método, por sua vez, permite observar a eficácia de intervenções e procedimentos médicos. Esta divisão, porém, é apenas analítica, já que os instrumentos de medida trazem o conceito de QV de forma multidimensional (GIMENES, 2013).

Muitas são as discussões a respeito dos termos referentes à QV, que é frequentemente confundido com estilo, condições e situações de vida, e sobre os instrumentos mais apropriados para avaliá-la. Mesmo discutindo-se o assunto, a definição continua não sendo uniforme, deste modo, diferentes instrumentos devem ser utilizados.

Conceitualmente, as questões sobre esse tema vêm avançando de forma considerável, sob o enfoque dos determinantes sociais de condição de vida e desenvolvimento. Mas os aspectos de mensuração são ainda o grande desafio, principalmente quando se utiliza diferentes ferramentas avaliativas, que possuem vieses metodológicos inerentes e obstáculos típicos do processo (ROCHA et al., 2000).

4.3 Acidente vascular cerebral e qualidade de vida relacionada à saúde

O quadro após o AVC, independentemente do sexo, provoca insatisfação com a vida e várias limitações funcionais, em decorrência da perda da autonomia por conta das incapacidades e pelas repercussões negativas na família e sociedade (REIS et al., 2008). A redução da QV após o AVC tem sido relatada por vários estudos (MOTA; NICOLATO, 2008), assim como o prejuízo na QVRS (MAKIYAMA et al., 2004; CORDINI; ODA; FURLANETTO, 2005; DELBONI; MALENGO; SHIMIDT, 2010; FROES et al., 2011; LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

As sequelas causadas pelo AVC causam prejuízos na autonomia e independência das pessoas acometidas, ocasionando alterações na sua capacidade funcional e, por sua vez, na sua QV (MOREIRA; ARAUJO; PAGLIUCA, 2013).

Pelo menos dois terços dos sobreviventes de AVC ficam com algum grau de deficiência e com dependência para, principalmente, falar, caminhar e enxergar, em virtude disso, observa-se a deterioração da QVRS dos pacientes, já que se tornam incapazes de realizar as suas atividades diárias, necessitando de ajuda que deve ser proporcionada por familiares, sistema de saúde ou instituições sociais. Estudo realizado no Brasil para avaliar o impacto desta doença sobre a QVRS de pacientes com AVC e seus cuidadores permitiu evidenciar a redução da QVRS destas pessoas em comparação a outras com mesmas idades e em situações semelhantes (MAKIYAMA et al., 2004).

Pesquisa transversal com pessoas acometidas por AVC cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) também concluiu que o AVC gera déficits funcionais e físicos e alterações importantes na QVRS dos pacientes, sobretudo nos itens capacidade funcional e aspectos físicos (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011). O mesmo foi encontrado por pesquisadoras que avaliaram a QVRS de pessoas acometidas por AVC atendidas em uma clínica de fisioterapia (SCALZO et al., 2010).

Devido ao declínio das taxas de mortalidade por AVC, as pessoas estão cada vez mais propensas a viver com suas deficiências e incapacidades residuais, portanto, a QVRS pós-AVC é um dos temas centrais a ser considerado sob o resultado funcional. Estudo de Haacke et al. (2006) objetivou examinar o resultado a longo prazo (4 anos após AVC) na QVRS e obteve que, além de funcionamento físico, sequelas neuropsicológicas, como depressão e comprometimento cognitivo,

contribuíram para QVRS reduzida. Os seus resultados reiteram a importância dos sintomas não motores sobre a QVRS em pacientes com AVC.

Outra pesquisa com o objetivo de avaliar a QVRS de adultos com sequelas de AVC e identificar os fatores que influenciam os domínios da QVRS concluiu que a QVRS foi comprometida principalmente em seus aspectos funcionais e a presença de sintomas depressivos contribuiu para a sua piora (FROES et al., 2011).

Levando em conta sua alta prevalência, o risco de morte e as suas sequelas, bem como os altos custos para o sistema de saúde, é necessária a realização de novos estudos sobre a temática, com o objetivo de implementar ações que minimizem o impacto do AVC na sobrevivência das pessoas, e, desta forma, melhorar a QV e a QVRS das pessoas acometidas.

4.3.1 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral

Um instrumento de avaliação da QV não deve se restringir a medir a presença ou a gravidade de uma doença específica. De forma geral, a percepção individual tem sido avaliada em domínios ou dimensões da vida, que se tratam, na prática, de conjuntos de perguntas agrupadas nos instrumentos de avaliação e que dizem respeito a uma área do comportamento ou da condição humana, como domínios psicológico, social e físico. Não há um único instrumento que avalie todas as situações de saúde e doença. Desta forma, a escolha do instrumento deve estar relacionada ao objetivo do estudo, à sua disponibilidade na língua do país e no contexto cultural no qual irá ser utilizado (MOTA; NICOLATO, 2008).

A literatura classifica os instrumentos de avaliação de QV e a QVRS como genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos apresentam como vantagens a possibilidade de avaliação de variadas áreas ou domínios simultaneamente, de serem utilizados em qualquer população e de permitirem comparações entre pacientes com diferentes condições. A maior desvantagem é o fato de que não são capazes de demonstrar mudanças em aspectos específicos (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Já os instrumentos específicos de avaliação são destinados a determinadas doenças, a exemplo da diabetes e artrite, populações específicas (crianças, adultos, idosos) ou a determinadas funções (capacidade funcional, por exemplo). A sua

grande vantagem é que são clinicamente mais sensíveis, entretanto, não possibilitam comparações entre doenças diferentes e restringem-se aos domínios mais importantes do aspecto em avaliação (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Mota e Nicolato (2008), em revisão de literatura cujos objetivos foram identificar os instrumentos genéricos e específicos usados para avaliar a QV e os seus resultados em pessoas acometidas por AVC, concluíram que a escolha de determinado instrumento deve ser criteriosa, permitindo, desse modo, a avaliação de aspectos tanto específicos, quanto globais da pessoa, assim como a comparação entre populações e estudos diferentes. Vários instrumentos diferentes foram usados na avaliação da QV em sobreviventes de AVC, a maior parte, genéricos de avaliação, sendo mais frequente o 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).

Outra revisão de literatura que teve por objetivo apresentar os instrumentos que são usados para avaliar a QV de pacientes adultos após AVC referenciados na literatura mundial, discutindo a sua validade e aplicação no Brasil, encontrou os instrumentos: SF-36, World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref), Perfil de Saúde de Nottingham e a Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) (OLIVEIRA; ORSINI, 2009).

Dentre as escalas genéricas, a escala SF-36 é considerada “padrão-ouro” para avaliação da QVRS, sendo amplamente utilizada na literatura nos pacientes pós-AVC, de fácil utilização e envolvendo variados domínios. Enquanto que a SS-QOL, por se tratar de uma escala específica, mostrou-se ser válida para acessar alterações significativas da QVRS dentro das dimensões dos sintomas observados, indicando ser uma escala mais direcionada as particularidades e domínios mais afetados pelas pessoas acometidas por AVC (OLIVEIRA; ORSINI, 2009).

Entretanto, apesar de serem instrumentos de reconhecimento internacional, há a necessidade da realização de novos estudos utilizando-os em pessoas sobreviventes de AVC no Brasil, para assegurar as suas propriedades psicométricas, aplicabilidade e o melhor modo de administração (auto-administração ou por meio de entrevista) (OLIVEIRA; ORSINI, 2009).

Outro estudo investigou os domínios da QV mais afetados em sobreviventes de AVC, avaliados por meio de instrumentos específicos, e encontrou que os mais frequentemente utilizados foram: Stroke Impact Scale (SIS), em quatro estudos; seguida da SS-QOL, em dois, e do the Health-related Quality of Life (HRQOL) in

Stroke Patients Questionnaire (HQROLISP), utilizado em uma pesquisa (CANUTO; NOGUEIRA, 2015).

No presente estudo, foi utilizado, em virtude dos objetivos de pesquisa, a SS-QOL, instrumento específico de avaliação da QVRS de pessoas acometidas por AVC, desenvolvido por Williams et al. (1999), traduzido e validado transculturalmente no Brasil (SANTOS, 2000; SANTOS, 2007).

Ao ser comparado com instrumentos genéricos de medida da QV, a SS-QOL demonstrou maior cobertura das funções mais frequentemente comprometidas pelo AVC. Os instrumentos genéricos, tais como WHOQOL e SF-36, não trazem perguntas a respeito da linguagem, cognição, visão e função das mãos, que constam na SS-QOL (OLIVEIRA; ORSINI, 2009).

Em se tratando de avaliação de QV e QVRS, no Brasil, é muito mais frequente a utilização de instrumentos genéricos de análise do que específicos. Instrumentos genéricos são menos sensíveis para explorar os efeitos de incapacidades advindas de uma doença específica, podendo ocorrer a subestimação do impacto do AVC, enquanto que o uso de questionários específicos relaciona de forma mais direta as alterações na QV e na QVRS à doença propriamente dita. A utilização da SS-QOL é recomendada (FERNANDES, 2010).

No Brasil, não foram realizadas muitas pesquisas utilizando esta escala. O primeiro estudo realizado foi o de Cordini, Oda e Furlanetto (2005) com pacientes com história anterior de AVC. Os estudos de Lima (2010), Delboni, Malengo e Schmidt (2010) e Rangel, Silva e Belasco (2013) também fizeram uso do instrumento.

Internacionalmente, a escala utilizada já foi validada em diversos países, a exemplo da Alemanha (EWERT; STUCKI, 2007), da Dinamarca (MUUS et al., 2011) e da Turquia (YÖNT; KHORSHID, 2012), demonstrando ser um instrumento válido e confiável para medir a QVRS em pessoas diagnosticados com AVC em populações distintas.

Pesquisa na Suíça utilizou a SS-QOL para avaliar a QVRS após dissecação espontânea da artéria cervical, uma importante causa de AVC, especialmente em pessoas jovens. O estudo concluiu que a QVRS é prejudicada de forma significativa em longo prazo após a ocorrência, até mesmo em pacientes com sintomas locais ou transitórios ou sem deficiência funcional (FISCHER et al., 2009).

Estudo realizado na cidade de Taiwan, que visou identificar os fatores que mais influenciam a QVRS de pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral, também utilizou esta escala de avaliação. Em comparação com fatores neurocognitivos, a QVRS foi impactada significativamente por fatores psicossociais, gravidade dos sintomas e fatores físicos (CHOU, 2015).

Outro estudo realizado em Hong Kong teve por objetivo examinar o impacto da ansiedade na QVRS dos sobreviventes de AVC e concluiu que a ansiedade tem um efeito negativo na QVRS dos sobreviventes de AVC, independente de depressão, assim, intervenções para diminuir a ansiedade devem melhorar a QVRS dos sobreviventes de AVC (TANG et al., 2013). Observa-se, dessa forma, a possibilidade de utilização do instrumento SS-QOL em diferentes cenários, populações e com objetivos diversos.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e local de estudo

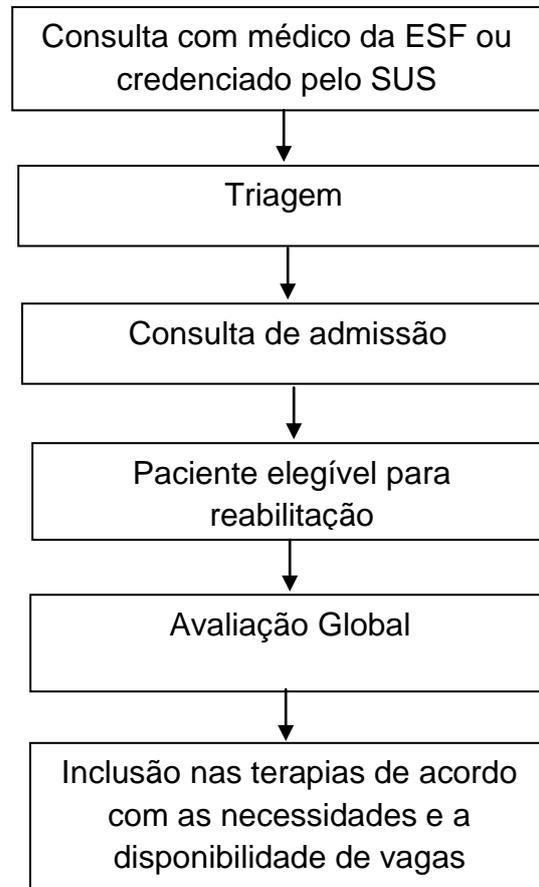
Trata-se de pesquisa descritiva com delineamento transversal.

O estudo foi realizado em Teresina-Piauí (PI), em um centro de referência em reabilitação física e/ou motora de pessoas acometidas por AVC.

O referido centro iniciou suas atividades em 2008 e integra o complexo estadual de reabilitação em saúde e educação. Atende pessoas amputadas, com doenças neuromusculares, lesão medular, doenças traumáticas e não-traumáticas (traumatismo cranioencefálico, AVC, anóxia, tumores e infecções cerebrais), malformações congênitas, paralisia cerebral, sequelas de poliomielite. Oferece um atendimento multi e interdisciplinar nas áreas de arte e reabilitação, assistência social, enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, hidroterapia, musicoterapia, odontologia, pedagogia, psicologia e reabilitação desportiva.

As pessoas têm acesso aos serviços após consulta com um médico da ESF ou credenciado pelo SUS, que a encaminham para o centro, onde a pessoa passa por uma triagem e uma consulta de admissão. Neste momento, é determinado, segundo os critérios do serviço, se ela é elegível ou não para realizar tratamento de reabilitação no local. Sendo elegível, é avaliada de forma global por um representante de cada um dos serviços oferecidos, sendo incluída, de acordo com as suas necessidades, nas terapias que possuem vagas disponíveis. Aquelas com menor tempo de lesão possuem prioridade de atendimento, pois os melhores resultados são obtidos nos primeiros meses com a reabilitação. O fluxograma a seguir ilustra como é o acesso das pessoas aos serviços do centro.

Figura 1 – Fluxograma de acesso aos serviços do centro de reabilitação.



O centro já realizou 686.892 atendimentos desde a sua inauguração, em 2008, totalizando 135.525 atendimentos no ano de 2014, com 1.485 pacientes em tratamento de reabilitação (CEIR, 2015a). As maiores causas de procura do centro por pessoas adultas e idosas referem-se a lesões encefálicas adquiridas, por AVC ou traumatismo cranioencefálico por acidente com motocicleta. O número de atendimentos por AVC foi de 12.636 no ano de 2014, com 255 pessoas em terapias (CEIR, 2015b).

5.2 População e amostra

A população estudada foi constituída por meio de amostra aleatória simples. Para o cálculo amostral, levou-se em consideração um erro tolerável de 6%, com nível de significância de 95%, obtendo-se 132 participantes, segundo a fórmula que segue (CALLEGARI-JACQUES, 2003):

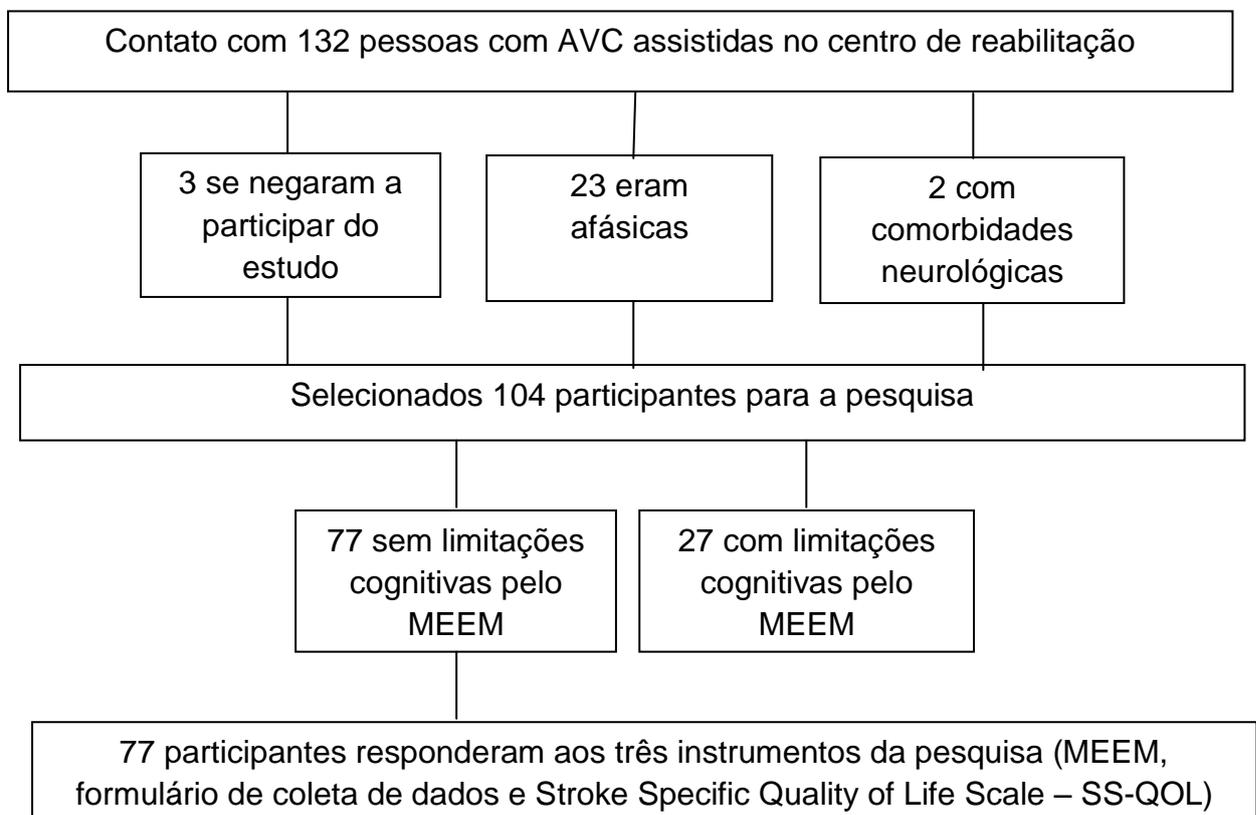
$$n = N.no/N+no$$

n = tamanho da amostra; N = tamanho da população; no = primeira aproximação ao tamanho da amostra ($no = 1/E^2$); E = erro tolerável.

Os critérios de inclusão foram: ter idade maior ou igual a 18 anos, ter diagnóstico de AVC confirmado e sem limitações que impedissem as respostas às questões dos instrumentos utilizados. Foi considerado critério de exclusão: possuir comorbidade neurológica, pois a sua coexistência poderia confundir os resultados.

Ao longo do período de coleta de dados, entrou-se em contato com 132 pessoas com AVC, localizadas por meio do banco de dados da instituição, destas, 3 se negaram a participar do estudo, 23 eram afásicas e 2 possuíam comorbidades neurológicas (Alzheimer e demência). Dentre as 104 pessoas selecionadas, 27 possuíam limitações cognitivas no MEEM, assim, foram 77 participantes selecionados para responder a todos os instrumentos da pesquisa, conforme o fluxograma a seguir.

Figura 2 - Fluxograma de seleção de participantes do estudo.



5.3 Variáveis do estudo

As variáveis independentes foram relacionadas às características dos participantes do estudo (idade e faixa etária, sexo, cor da pele - classificação baseada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008), situação conjugal, escolaridade, ocupação/profissão, deixou de trabalhar depois da doença, renda individual mensal); arranjo familiar (número e pessoas com quem reside, quem é o chefe do domicílio, cuidador - presença e pessoa que desempenha essa função); dados clínicos relacionados ao AVC (tipo, ocorrência de episódios anteriores, número total de episódios, tempo decorrido depois da última ocorrência, hospitalização e tempo de hospitalização, fatores de risco, sequelas após a doença, tempo de reabilitação); tratamentos de reabilitação (terapias que realizou, se percebeu ou não resultados e os resultados percebidos após o tratamento). A variável dependente foi o escore total de QVRS de pessoas acometidas por AVC, segundo o instrumento utilizado.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: o MEEM (ANEXO A) para avaliar a função cognitiva e selecionar aqueles que estavam aptos a responderem os dois outros instrumentos da pesquisa; um roteiro estruturado para obter os dados sociodemográficos, de arranjo familiar e relacionados à saúde das pessoas pesquisadas (APÊNDICE A); e a Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) (ANEXO B), versão validada no Brasil, para avaliação da QVRS.

5.4.1 Mini Exame do Estado Mental - MEEM

O MEEM foi aplicado para avaliação do estado cognitivo do participante. O MEEM, elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), tornou-se importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. É uma das escalas mais comumente utilizadas para avaliação cognitiva por ser de rápida e fácil aplicação e não requerer material específico. Avalia os domínios de orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho (BRASIL, 2007).

A pontuação do MEEM pode variar de 0 pontos, que indica maior grau de comprometimento cognitivo, até o total de 30 pontos, que corresponde à melhor capacidade cognitiva. As notas de corte são ajustadas de acordo com a escolaridade das pessoas. Bertolucci et al. (1994) validaram e adaptaram o MEEM para a população brasileira, e, segundo as recomendações destes autores, os escores de corte são: 13 para analfabetos, 18 para baixa (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (8 ou mais anos), recomendações estas adotadas neste estudo.

O MEEM é uma escala de avaliação cognitiva que auxilia a investigação e a monitoração da evolução de declínio cognitivo em indivíduos com risco de demência. Desde que foi proposta, vem sendo largamente empregada em pesquisas no mundo. O MEEM foi utilizado como um instrumento de seleção dos indivíduos aptos a responderem os demais instrumentos de pesquisa. Apenas aqueles que atingiram a pontuação mínima, de acordo com a sua escolaridade, responderam aos demais instrumentos utilizados nesta pesquisa.

5.4.2 Formulário para coleta de dados sociodemográficos, de arranjo familiar e relacionados à saúde

Também foi aplicado um formulário estruturado para contemplar os dados de caracterização do perfil do participante, com informações sociodemográficas, econômicas, sobre o arranjo familiar e cuidador da pessoa, sobre as condições clínicas (itens que avaliam questões referentes ao AVC) e sobre os serviços que utiliza no centro, adaptado dos estudos de Lima (2010) e Santos (2012). Os dados relativos à doença foram obtidos por meio de consulta ao prontuário. Na variável profissão/ocupação, obtiveram-se 43 profissões/ocupações diferentes, as quais foram incluídas em seis dos grupos de ocupação que constam na Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2010b).

5.4.3 Stroke Specific Quality of life Scale - SS-QOL

A SS-QOL foi utilizada para avaliação da QVRS de pacientes com AVC. Na escala em língua inglesa, todos os domínios demonstraram excelente confiabilidade interna e a maioria foi moderadamente correlacionada com domínios semelhantes e

responsiva a mudanças. Seus resultados relacionados à confiabilidade, validade e capacidade de resposta foram positivos. Além de mostrar-se de simples aplicação, compreensão dos itens, interpretação dos resultados encontrados (WILLIAMS et al., 1999) e ser um instrumento de uso livre (CANADIAN STROKE NETWORK; HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADÁ, 2013).

Este instrumento, em sua versão validada e adaptada transculturalmente no Brasil, também apresentou medidas psicométricas satisfatórias, demonstrando boa validação e confiabilidade e moderada responsividade às mudanças, sendo adequada a sua utilização para avaliação da QVRS em pacientes com doença cerebrovascular (SANTOS, 2000; LIMA et al., 2008; SANTOS, 2007).

Trata-se de um questionário que possui 49 itens distribuídos em 12 domínios. A primeira parte contempla questões sobre o grau de dificuldade do entrevistado quanto a: mobilidade (M), função do membro superior (FM), visão (V), linguagem (L), trabalho/produzitividade (T) e cuidados pessoais (CP). A segunda parte contém uma lista de informações acerca das quais o entrevistado deve dar sua opinião sobre: energia (E), comportamento (C), modo de pensar (MP), ânimo (A), relações sociais (RS) e familiares (RF) (SANTOS, 2007).

No instrumento, as respostas foram quantificadas em uma escala tipo Linkert de 1 a 5 pontos (maiores escores representam a função mais normal), com o escore total variando de 49 a 245 pontos. Na primeira parte do instrumento (dos domínios M, FM, V, L, T e CP), os escores significam: 1, impossível de realizar; 2, muita dificuldade; 3, alguma dificuldade; 4, pouca dificuldade; e 5, sem qualquer dificuldade. Na segunda parte, que engloba os domínios E, C, MP, A, RS e RF, os escores são: 1, concordo muito; 2, concordo parcialmente; 3, não concordo nem discordo; 4, discordo parcialmente; 5, discordo muito. As respostas possuem como ponto de referência a semana anterior (WILLIAMS et al., 1999; SANTOS, 2007).

A interpretação dos resultados pode ser feita de duas formas. A primeira, por meio da soma dos pontos de cada domínio e da soma dos pontos obtidos em todos os domínios em conjunto, formando um escore total de QVRS, que varia de 49 a 245 pontos, valores mais altos indicam melhor QVRS (RANGEL; BELASCO; DICINI, 2013). A segunda, utilizando-se a média das respostas obtidas em cada domínio e na QVRS total (de um a cinco pontos), valores mais próximos de um representam domínios e QVRS mais comprometidos, mais próximos de cinco, melhores

resultados (CORDINI; ODA; FURLANETTO, 2005; DELBONI; MALENGO; SCHIMIDT, 2010; LIMA, 2010; TANG et al., 2013; CHOU, 2015).

Ao final, a SS-QOL, possui uma subescala que abrange os 12 domínios para avaliar como está cada um deles hoje em relação ao que era antes da doença acontecer. Nela, as pessoas podem classificar o domínio hoje como: muito pior, pior, um pouco pior ou o mesmo que era antes do AVC (SANTOS, 2007). Nesta pesquisa, houve a necessidade de acrescentar a resposta “melhor do que antes do derrame cerebral”, em virtude da grande frequência com a qual ela foi citada pelos entrevistados.

5.4.4 Pré-teste

Antes de iniciar a coleta dos dados, realizou-se o pré-teste dos instrumentos de pesquisa com cinco pessoas. O teste foi realizado com pessoas que faziam tratamento de reabilitação no centro citado por sequelas de AVC, no mês de janeiro de 2014, não incluídas na amostra final. Após a sua realização, procedeu-se a análise e reformulação de questões do instrumento de coleta de dados sociodemográficos, de arranjo familiar e relacionados à saúde, com vistas ao seu aperfeiçoamento.

5.5 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu dos meses de fevereiro a agosto de 2014 e se deu antes ou após o atendimento dos diferentes profissionais do centro de reabilitação, ou durante visita domiciliar, conforme a disponibilidade dos participantes. Dos 104 pacientes com AVC entrevistados, 90 pessoas foram entrevistadas no próprio centro e 14 foram entrevistadas nas suas residências. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista, a leitura dos instrumentos foi feita em voz alta e vagarosamente pela pesquisadora para os entrevistados, que respondiam ou escolhiam um item, que foi preenchido/marcado pela entrevistadora.

Inicialmente, foi aplicado o MEEM, àqueles que não apresentaram déficit cognitivo foram aplicados os outros dois instrumentos de pesquisa. A aplicação do MEEM e do formulário de coleta de dados sociodemográficos, econômicos, de arranjo familiar e clínicos teve duração média de 25 minutos; a aplicação da SS-

QOL, no mínimo, 20 minutos, totalizando em torno de 45 minutos para cada participante da pesquisa. Entretanto, alguns participantes demandaram mais tempo para responder, sendo de mais de 1 hora por entrevistado.

5.6 Análise dos dados

Para a análise de dados foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel e os dados coletados foram digitados, em dupla entrada, para verificação da consistência entre as duas bases. Após correção dos erros, os dados foram, então, importados para o programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 18.0, para análise.

A técnica de estatística descritiva foi utilizada para análise das variáveis do estudo, para as variáveis categóricas foram apuradas as frequências absolutas e percentuais e para as variáveis numéricas calcularam-se as médias, desvio-padrão, mediana, intervalo mínimo e máximo. Para análise inferencial dos dados, foram utilizados os testes estatísticos: T Student, ANOVA, e as Correlações de Pearson e Spearman.

Para permitir a aplicação dos testes estatísticos de associação e uma melhor análise, algumas variáveis foram recategorizadas (“escolaridade” e “número total de episódios de AVC”) e outra foi dicotomizada (“situação conjugal”).

Os testes estatísticos foram adotados de acordo com a normalidade dos dados da amostra. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado às variáveis numéricas contínuas com o objetivo de verificar o pressuposto de normalidade, enquanto que a homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene.

Para a associação de médias entre a variável quantitativa e grupos categorizados em variáveis qualitativas, foram utilizados os testes T Student de duas amostras independentes (variáveis dicotômicas) e ANOVA (variáveis com mais de duas categorias), pois os dados de QV eram paramétricos. Enfatiza-se que, ao se identificar diferença estatisticamente significativa nos teste ANOVA, realizou-se o teste Post Hoc, usando a correção de Tukey, com o objetivo de identificar a categoria que se diferenciava das restantes.

Para a correlação entre variáveis quantitativas contínuas utilizou-se o coeficiente de Correlação de Pearson para variáveis quantitativas de distribuição normal e seu correspondente não-paramétrico, Correlação de Spearman, para

dados com distribuição não-normal. Foi realizado ainda o teste Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade do instrumento de pesquisa.

Convencionou-se o nível de significância de $\alpha=0,05$ para todas as análises realizadas neste estudo. Assim, foram analisados como estatisticamente significantes os resultados dos testes que obtiveram p valor menor ou igual a 0,05.

5.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI) sendo obtida a autorização para a realização do estudo, CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) número 21885513.4.0000.5214, parecer 514.066 (ANEXO C).

Por se tratar de pesquisa com o envolvimento de pessoas, foram cumpridas as exigências das diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos regidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Portanto, a todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO D), preservando-se o sigilo da identidade e o direito a sair do estudo, a qualquer momento, se assim o desejar, sem prejuízo algum.

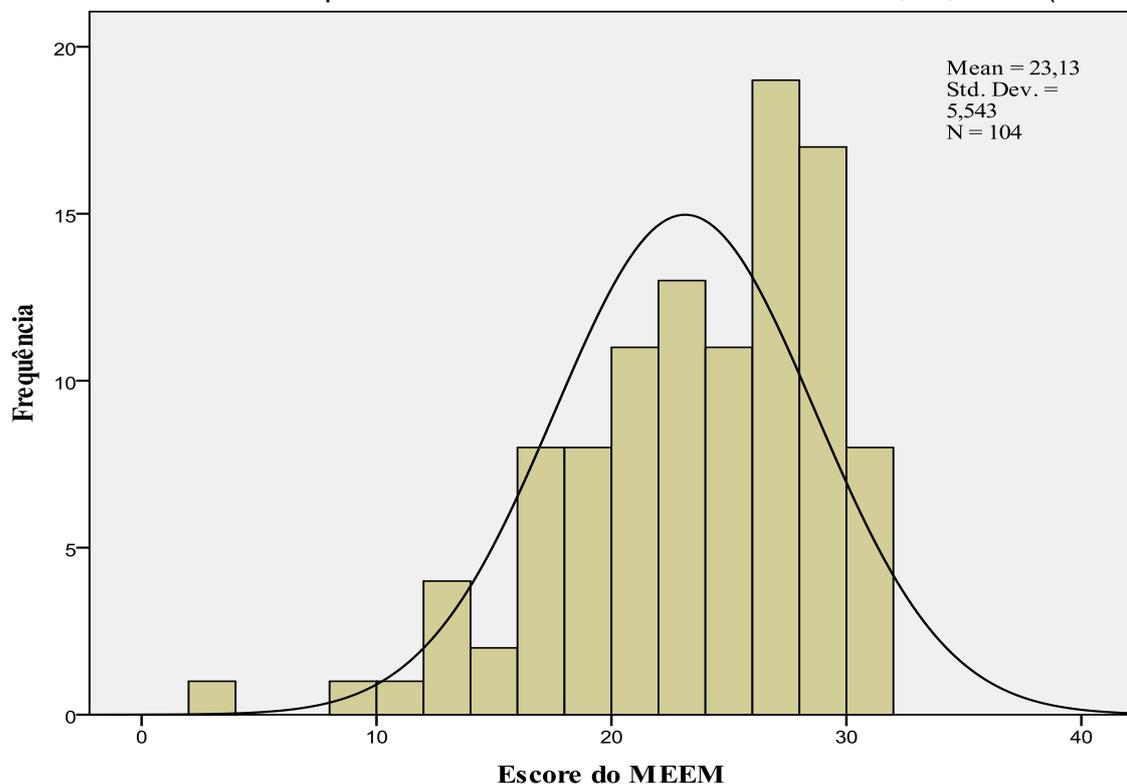
6 RESULTADOS

Os resultados estão organizados segundo os objetivos do estudo, sendo apresentada, inicialmente, função cognitiva das pessoas acometidas por AVC; logo após, são exibidas as características sociodemográficas e econômicas, de arranjo familiar e cuidador e aspectos clínicos; depois são apresentados os resultados da QVRS, identificando os domínios mais e menos afetados; e, por último, a associação entre a QVRS com as características sociodemográficas, econômicas e clínicas das pessoas acometidas por AVC.

Função cognitiva dos entrevistados

Na amostra estudada, a média foi 23,13 pontos no MEEM (desvio padrão - DP = 5,54), mediana 24, o valor mínimo encontrado foi 3 e o máximo 30. Levando em consideração os pontos de corte ajustados com base na escolaridade, 77 não apresentaram déficit cognitivo (74%) e 27 apresentaram déficit cognitivo (26%).

Gráfico 1 – Escores do mini exame do estado mental – MEEM, aplicado a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=104).



Perfil sociodemográfico e econômico da amostra estudada

Dentre as pessoas entrevistadas, 51,90% pertenciam ao sexo masculino, com média de idade de 57,31 anos (DP = 17,15). Os entrevistados se concentraram mais na faixa etária de 60 a 79 anos (40,30%); seguida da faixa de 40 a 59 anos com 36,40%. Quanto à cor da pele, a maioria (57,10%) se autodeclarou parda. Na situação conjugal, predominaram os casados (48,10%). E, quanto à escolaridade, 55,80% da amostra estudaram 8 anos ou mais e, 13,50%, não eram escolarizados (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo fatores sociodemográficos. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	%	média±(DP)	min-max
Sexo				
Masculino	40	51,90		
Feminino	37	48,10		
Idade (anos)				
			57,31(17,15)	19-87
18 a 39 anos	11	14,30		
40 a 59 anos	28	36,40		
60 a 79 anos	31	40,30		
80 anos ou mais	7	9,10		
Cor da pele				
Branca	19	24,70		
Preta	13	16,90		
Parda	44	57,10		
Amarela	1	1,30		
Situação conjugal				
Solteiro	19	24,70		
Casado	37	48,10		
Divorciado/separado	8	10,40		
Viúvo	5	6,50		
União estável	8	10,40		
Escolaridade				
Analfabeto	14	13,50		
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	2	1,90		
Até 4 anos de estudo incompletos	4	3,80		
4 a 8 anos de estudo incompletos	26	25,00		
8 ou mais anos de estudo	58	55,80		

Quanto aos dados econômicos, segundo a ocupação antes da ocorrência do AVC, o grupo de ocupações com maior número de representantes foi o dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados com

31,20% (no grupo outras profissões/ocupações, estão relacionados estudantes, donas de casa e trabalhadores em serviços de reparação e manutenção) (tabela 2).

A maior parte das pessoas deixou de trabalhar depois do AVC (63,60%). Sobre a renda individual mensal, 54,50% recebiam até R\$724,00 (valor correspondente a um salário mínimo, no momento da pesquisa) e apenas 6,5% referiram renda maior que 2.172,00 (maior que 3 salários mínimos). A renda média foi de R\$ 1.333,01 (DP=1.616,28), a mediana R\$724,00.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo fatores econômicos. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	%	média±(DP)	min-max
Profissão/ocupação antes da doença				
Profissionais das ciências e das artes	14	18,20		
Trabalhadores dos serviços, vendedores dos comércios em lojas e mercados	24	31,20		
Trabalhadores dos serviços administrativos	7	9,10		
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	6	7,80		
Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais	16	20,80		
Outros	10	12,90		
Deixou de trabalhar depois da doença				
Sim	49	63,60		
Não	28	36,40		
Renda individual (reais)			1.333,01	400-10.000
			(1.616,28)	
Até 724,00	42	54,50		
725,00 - 1.448,00	21	27,30		
1.449,00 – 2.172,00	9	11,70		
Mais que 2.172,00	5	6,50		

DP: desvio padrão; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Arranjo familiar e cuidador das pessoas acometidas por AVC

Em relação ao arranjo familiar e cuidador, constatou-se que a maior parte dos participantes dividia a residência com os filhos (58,40%) ou o cônjuge (50,60%), predominando aquelas que residiam com 2 a 4 pessoas (71,40%) (média de 3,60, DP=1,49). Em 46,80% dos domicílios, a pessoa acometida pelo AVC era a chefe e

70,10% possuíam cuidador, com maior frequência, o seu próprio cônjuge (35,20%) ou o filho (29,60%).

Tabela 3 – Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, segundo arranjo familiar e cuidador. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	%	média±(DP)	min-max
Mora com quem*				
Sozinho	4	5,20		
Cônjuge/companheiro	39	50,60		
Filhos	45	58,40		
Outro(s) familiar(es)	38	49,40		
Empregado doméstico/cuidador	7	9,10		
Quantas pessoas moram na casa			3,60 (1,49)	1-8
Uma pessoa	4	5,20		
2 a 4 pessoas	55	71,40		
Mais de 5 pessoas	18	23,40		
Quem é o chefe do domicílio				
Própria pessoa	36	46,80		
Cônjuge/companheira(o)	15	19,50		
Filho(a)	9	11,70		
Outro familiar	17	22,10		
Possui cuidador				
Sim	54	70,10		
Não	23	29,90		
Quem é o cuidador				
Cônjuge	19	35,20		
Filho(a)	16	29,60		
Cuidador particular	7	13,00		
Mãe	6	11,10		
Outro familiar	6	11,10		

DP: desvio padrão; min: valor mínimo; max: valor máximo.

*Múltiplas respostas

Dados clínicos relacionados ao AVC

No que diz respeito ao tipo de AVC sofrido, 69% apresentaram AVCI e 31%, AVCH, entre eles, 80,50% sofreram apenas um episódio. O tempo decorrido depois do último AVC foi de mais de 18 meses em 58,10% dos casos (média de 33,35 meses, DP=35,23). A maioria dos participantes da pesquisa (97,40%) foi hospitalizada após o AVC, 34,20% das pessoas por mais de 15 dias, média de 20,42 dias (DP= 25,42) (tabela 4).

Quanto aos fatores de risco prévios para doença cerebrovascular, predominaram a HAS e o sedentarismo, cada um com 72,70%; seguidos da

dislipidemia (48,10%); obesidade (37,90%); uso frequente de bebida alcoólica (36,40%); história familiar de AVC e tabagismo, ambos com 32,50%; cardiopatias (20,80%); diabetes (15,60%) e outros fatores de risco para a doença (uso de anticoncepcional oral, aneurisma cerebral, MAV, dependência química e distúrbios de coagulação sanguínea) (14,30%).

As sequelas mais frequentes decorrentes do AVC foram: hemiparesia direita (41,60%); hemiparesia esquerda (39%) e dificuldade de fala (28,60%). Na categoria outras sequelas (16,90%) foram mencionadas: hemiplegia direita; ataxia; tetraparesia; dificuldade de deglutição; perda da audição; hemihipoestesia esquerda; e déficit motor discreto à direita. Quanto ao tempo médio de reabilitação, foi de 12,85 meses (DP=12,26, mínimo 1 e máximo 48), 32% realizavam terapia de 2 a 6 meses.

Tabela 4 – Caracterização clínica de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	%	média±(DP)	min-máx
(continua)				
Tipo de AVC (n=71)				
Isquêmico	49	69,00		
Hemorrágico	22	31,00		
Apresentou AVC anteriormente				
Sim	15	19,50		
Não	62	80,50		
Número total de episódios de AVC				
Um episódio	62	80,50		
2 episódios	6	7,80		
3 episódios	6	7,80		
Mais de 3 episódios	3	3,90		
Tempo decorrido depois do último AVC (n=75) meses			33,35(35,23)	3-199
Até 6 meses	10	13,50		
7 a 18 meses	21	28,40		
Mais de 18 meses	43	58,10		
Houve hospitalização				
Sim	75	97,40		
Não	2	2,60		
Quantos dias de internação hospitalar (n=73)			20,42(25,42)	1-120
1 dia	3	4,10		
2 a 7 dias	21	28,80		
8 a 15 dias	24	32,90		
Mais de 15 dias	25	34,20		
Fatores de risco				
Hipertensão arterial sistêmica - HAS	56	72,70		

Tabela 4 – Caracterização clínica de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	%	(conclusão)	
			média±(DP)	min-máx
Diabetes	12	15,60		
Cardiopatias	16	20,80		
Dislipidemia	37	48,10		
Sedentarismo	56	72,70		
Obesidade (n=29)	11	37,90		
Tabagismo	25	32,50		
Uso frequente de bebida alcoólica	28	36,40		
Outros fatores de risco	11	14,30		
Sequelas				
Hemiparesia esquerda	30	39,00		
Hemiparesia direita	32	41,60		
Hemiplegia direita	6	7,80		
Dificuldade visual	9	11,70		
Dificuldade de fala	22	28,60		
Outras sequelas	13	16,90		
Tempo de reabilitação (meses) (n=75)			12,85(12,26)	1-48
Até 1 mês	8	10,70		
2 a 6 meses	24	32,00		
7 a 12 meses	22	29,30		
13 a 24 meses	12	16,00		
Mais de 24 meses	9	12,00		

DP: desvio padrão; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Serviços utilizados no Centro de Reabilitação e resultados obtidos com as terapias

Na tabela 5, verifica-se que os serviços mais utilizados pelas pessoas acometidas por AVC no centro de reabilitação foram: consulta médica (97,40%); assistência social (77,90%); psicologia (76,60%); fisioterapia (66,20%); terapia ocupacional (54,50%); enfermagem (48,10%); fonoaudiologia (46,80%); hidroterapia (44,20%); arte-reabilitação (39,00%) e nutrição (39,00%).

Tabela 5 – Distribuição das pessoas acometidas por acidente vascular cerebral conforme os serviços utilizados no centro de reabilitação. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Serviços do Centro de Reabilitação*	n	%
Arte-reabilitação	30	39,00
Serviço Social	60	77,90
Enfermagem	37	48,10
Consulta médica	75	97,40
Fisioterapia	51	66,20
Terapia ocupacional	42	54,50
Nutrição	30	39,00
Fonoaudiologia	36	46,80
Hidroterapia	34	44,20
Musicoterapia	8	10,40
Odontologia	14	18,20
Pedagogia	1	1,30
Psicologia	59	76,60
Reabilitação desportiva	6	7,80

*Múltiplas respostas

A maior parte das pessoas referiu ter percebido resultados em virtude da realização das terapias no centro (71,40%). Dentre as pessoas que responderam positivamente esta questão, destaca-se que: 34,50% informaram melhora nos movimentos do membro acometido; 32,70% ressaltaram a melhora da fala e 30,90% hoje conseguem deambular, algo que não eram capazes antes de iniciar as terapias (tabela 6).

Tabela 6 – Resultados percebidos pelas pessoas acometidas por acidente vascular cerebral após tratamento de reabilitação no centro. Teresina, PI, 2014 (n=55).

Resultados percebidos após a reabilitação*	n	%
Melhora global	9	16,40
Hoje consegue deambular, o que não era capaz antes da terapia	17	30,90
Melhorou a deambulação	10	18,20
Melhorou os movimentos dos membros acometidos	19	34,50
Melhorou a fala	18	32,70
Melhorou a parte emocional	7	12,70
Hoje possui mais independência para as atividades da vida diária	11	20,00

*Múltiplas respostas

Escores dos domínios e escore total da qualidade de vida relacionada à saúde – SS-QOL

A tabela 7 mostra que, no domínio cuidados pessoais, o escore total teve média de 16,99 (DP=5,24, mediana 17); no domínio visão, a média foi de 12,84 (DP=2,59, mediana 14); no domínio linguagem, a média encontrada foi 18,78 (DP=5,52, mediana 21); em mobilidade, foi 17,79 (DP=7,52, mediana 18) e no domínio trabalho/produtividade, 8,58 (DP=3,54, mediana 7).

Em função do membro superior, a média foi 14,9 (DP=5,39, mediana 14); em modo de pensar, encontrou-se 8,96 (DP=3,64, mediana 8); no domínio comportamento, 7,74 (DP=4,25, mediana 7); em ânimo, 14,18 (DP=5,45, mediana 13); no domínio relações familiares, a média foi 7,30 (DP=3,66, mediana 7); em relações sociais, obteve-se média 10,64 (DP=5,3, mediana 9); e, por fim, no domínio energia, a média de 8,14 (DP=4,16, mediana 8) . O escore total de QVRS teve média de 146,84 (DP=36,31, mediana 138). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,86, intervalo de confiança (IC) 95% - 0,81-0,90, sendo o nível de confiabilidade do instrumento considerado bom.

Tabela 7 – Dados descritivos e consistência interna dos escores totais dos domínios e da qualidade de vida relacionada à saúde, segundo a escala SS-QOL aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Qualidade de vida relacionada à saúde – SS-QOL	Média ± (DP)	mediana	min–max	Alfa de Cronbach
Domínio cuidados pessoais	16,99 (5,24)	17	7-25	
Domínio visão	12,84 (2,59)	14	6-15	
Domínio linguagem	18,78 (5,52)	21	9-25	
Domínio mobilidade	17,79 (7,52)	18	4-30	
Domínio trabalho/produtividade	8,58 (3,54)	7	3-15	
Domínio função do membro superior	14,90 (5,39)	14	5-25	
Domínio modo de pensar	8,96 (3,64)	8	3-15	
Domínio comportamento	7,74 (4,25)	7	3-15	
Domínio ânimo	14,18 (5,45)	13	6-25	
Domínio relações familiares	7,30 (3,66)	7	3-15	
Domínio relações sociais	10,64 (5,30)	9	5-25	
Domínio energia	8,14 (4,16)	8	3-15	
Escore total de QVRS	146,84 (36,31)	138	86-223	0,86

DP: Desvio padrão; min: valor mínimo; max: valor máximo.

A tabela 8 expõe os valores das médias, mediana, mínimo e máximo das respostas em cada domínio e na QVRS total. Observa-se, que o domínio mais afetado foi o das relações sociais, seguido de relações familiares e trabalho/produktividade e os menos afetados foram visão, linguagem e cuidados pessoais, com base nos valores das medianas.

Tabela 8 - Média, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos em cada resposta por domínio e qualidade de vida relacionada à saúde, segundo a escala SS-QOL aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Qualidade de vida relacionada à saúde – SS-QOL	média±(DP)	mediana	min-máx
Domínio cuidados pessoais	3,40(1,05)	3,40	1,40-5,00
Domínio visão	4,28(0,86)	4,50	2,00-5,00
Domínio linguagem	3,76(1,10)	4,20	1,80-5,00
Domínio mobilidade	3,33(1,03)	3,20	1,67-5,00
Domínio trabalho/produktividade	2,86(1,18)	2,30	1,00-5,00
Domínio função do membro superior	2,98(1,08)	2,80	1,00-5,00
Domínio modo de pensar	2,99(1,21)	2,70	1,00-5,00
Domínio comportamento	2,58(1,42)	3,30	1,00-5,00
Domínio ânimo	2,84(1,09)	2,60	1,20-5,00
Domínio relações familiares	2,43(1,22)	2,30	1,00-5,00
Domínio relações sociais	2,13(1,06)	1,80	1,00-5,00
Domínio energia	2,71(1,39)	2,70	1,00-5,00
Escore total de QVRS	3,10(0,75)	2,90	1,83-4,60

DP: Desvio padrão; min: valor mínimo; max: valor máximo.

Subescala da SS-QOL

Na subescala da SS-QOL, nos domínios energia, ânimo e comportamento, a resposta "melhor do que antes do AVC" foi referida por 6,50% dos entrevistados; em modo de pensar, foi citada por 5,20%; em QVRS geral, 3,90% a escolheram; em relações sociais e visão, foi a resposta de 2,60% das pessoas e nos domínios fala, mobilidade e relações familiares, a resposta foi esta em 1,30% dos casos. Nos domínios função do membro superior, cuidados pessoais e trabalho/produktividade, esta opção não foi mencionada por nenhum indivíduo (tabela 9).

A resposta mais frequentemente referida pelos participantes foi "muito pior do que antes do derrame" nos domínios: nível de energia (42,90%); linguagem (33,80%); mobilidade (68,70%); função do membro superior (67,50%); ânimo

(37,70%); trabalho/produtividade (47,00%); cuidados pessoais (50,60%); relações familiares (58,4%) e relações sociais (58,40%). Nos domínios visão (35,10%); modo de pensar (40,30%) e comportamento (41,60%), a resposta mais citada foi “o mesmo de antes do derrame”. Em relação à QVRS em geral, 48,10% das pessoas entrevistadas responderam que está muito pior do que antes do derrame.

Tabela 9 – Resultados da subescala da SS-QOL, aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variável	n	%
(continua)		
Nível de energia		
Muito pior do que antes do derrame	33	42,90
Pior do que antes do derrame	9	11,70
Um pouco pior do que antes do derrame	17	22,10
O mesmo do que antes do derrame	13	16,90
Melhor do que antes do derrame	5	6,50
Fala		
Muito pior do que antes do derrame	26	33,80
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	25	32,50
O mesmo do que antes do derrame	18	23,40
Melhor do que antes do derrame	1	1,30
Mobilidade		
Muito pior do que antes do derrame	53	68,70
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	13	16,90
O mesmo do que antes do derrame	3	3,90
Melhor do que antes do derrame	1	1,30
Visão		
Muito pior do que antes do derrame	22	28,60
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	19	24,70
O mesmo do que antes do derrame	27	35,10
Melhor do que antes do derrame	2	2,60
Função do membro superior		
Muito pior do que antes do derrame	52	67,50
Pior do que antes do derrame	10	13,00
Um pouco pior do que antes do derrame	11	14,30
O mesmo do que antes do derrame	4	5,20
Melhor do que antes do derrame	0	0,00
Modo de pensar		
Muito pior do que antes do derrame	28	36,40
Pior do que antes do derrame	2	2,60
Um pouco pior do que antes do derrame	12	15,60
O mesmo do que antes do derrame	31	40,30
Melhor do que antes do derrame	4	5,20

Tabela 9 – Resultados da subescala da SS-QOL, aplicada a pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variável	n	%
(conclusão)		
Ânimo		
Muito pior do que antes do derrame	29	37,70
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	13	16,90
O mesmo do que antes do derrame	23	29,90
Melhor do que antes do derrame	5	6,50
Comportamento		
Muito pior do que antes do derrame	16	20,80
Pior do que antes do derrame	5	6,50
Um pouco pior do que antes do derrame	19	24,70
O mesmo do que antes do derrame	32	41,60
Melhor do que antes do derrame	5	6,50
Trabalho/produtividade		
Muito pior do que antes do derrame	47	61,00
Pior do que antes do derrame	11	14,30
Um pouco pior do que antes do derrame	13	16,90
O mesmo do que antes do derrame	6	7,80
Melhor do que antes do derrame	0	0,00
Cuidados pessoais		
Muito pior do que antes do derrame	39	50,60
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	17	22,10
O mesmo do que antes do derrame	14	18,20
Melhor do que antes do derrame	0	0,00
Relações familiares		
Muito pior do que antes do derrame	45	58,40
Pior do que antes do derrame	7	9,10
Um pouco pior do que antes do derrame	12	15,60
O mesmo do que antes do derrame	12	15,60
Melhor do que antes do derrame	1	1,30
Relações sociais		
Muito pior do que antes do derrame	42	54,50
Pior do que antes do derrame	9	11,70
Um pouco pior do que antes do derrame	8	10,40
O mesmo do que antes do derrame	16	20,80
Melhor do que antes do derrame	2	2,60
Qualidade de vida em geral		
Muito pior do que antes do derrame	37	48,10
Pior do que antes do derrame	5	6,50
Um pouco pior do que antes do derrame	25	32,50
O mesmo do que antes do derrame	7	9,10
Melhor do que antes do derrame	3	3,90

Associação entre os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos e a qualidade de vida relacionada à saúde

Com a associação dos dados sociodemográficos e econômicos e o escore total de QVRS, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa apenas na variável escolaridade ($F= 6,36$; $p=0,00$), pelo teste Post Hoc com a correção de Tukey, evidenciou-se que os indivíduos com a escolaridade alta possuem maior QVRS do que aqueles analfabetos e com escolaridade básica, conforme a tabela 10.

Tabela 10 - Associação entre dados sociodemográficos e econômicos e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	QVRS		Estatística	p valor
		Média	DP		
Sexo				-0,26 ¹	0,79
Feminino	37	145,70	39,59		
Masculino	40	147,90	33,46		
Idade				-0,19 ²	0,09
Faixa etária (anos)				1,41 ³	0,25
18 a 39 anos	11	162,55	42,07		
40 a 59 anos	28	151,14	43,78		
60 a 79 anos	31	139,16	26,22		
80 anos ou mais	7	139,00	27,85		
Cor da pele (n=76)				1,22 ³	0,30
Branca	19	157,68	43,58		
Preta	13	148,38	31,30		
Parda	44	142,18	34,31		
Situação conjugal				1,10 ¹	0,27
Casado	32	152,25	40,66		
Não casado	45	143,00	32,81		
Escolaridade				6,36 ³	0,00
Analfabeto	11	131,27	24,34		
Escolaridade básica	27	133,52	29,53		
Escolaridade alta	39	160,46	38,70		
Profissão/ocupação antes da doença				1,45 ³	0,21
Profissionais das ciências e das artes	14	168,29	34,11		
Trabalhadores dos serviços, vendedores dos comércios em lojas e mercados	24	143,75	39,23		
Trabalhadores dos serviços administrativos	7	138,43	35,04		

Tabela 10 - Associação entre dados sociodemográficos e econômicos e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	QVRS		(conclusão)	
		Média	DP	Estatística	p valor
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	6	139,00	23,20		
Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais	16	136,75	32,74		
Outros	10	151,00	39,74		
Deixou de trabalhar					
Sim	49	143,98	35,93	-0,92 ¹	0,36
Não	28	151,86	37,07		
Renda individual mensal (reais)					
Até 724,00	42	144,21	36,63	0,12 ⁴	0,29
725,00 - 1.448,00	21	139,33	36,46	2,11 ³	0,11
1.449,00 – 2.172,00	9	158,56	31,60		
Mais que 2.172,00	5	179,40	25,55		

DP: desvio padrão; 1. Teste T Student de duas amostras independentes; 2. Coeficiente de Correlação de Pearson; 3. Teste ANOVA; 4. Coeficiente de Correlação de Spearman; IC=95% $\alpha=0,05$.

Ao associar as características clínicas das pessoas acometidas por AVC e a QVRS, verificou-se que as variáveis: hemiplegia esquerda ($p=0,04$); hemiparesia direita ($p=0,05$) e dificuldade de fala ($p=0,03$) apresentaram diferença estatisticamente significativa ao serem relacionadas ao escore total de QVRS (tabela 11).

Tabela 11 – Associação entre dados clínicos e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	QVRS		Estatística	p valor
		Média	±		
Tipo de AVC (n=71)				-1,34 ¹	0,18
Isquêmico	49	142,18	34,18		
Hemorrágico	22	154,86	42,16		
Apresentou AVC anteriormente				-0,79 ¹	0,43
Sim	15	140,20	38,84		
Não	62	148,45	35,82		
Número total de episódios de AVC				1,25 ²	0,29
Um episódio	62	148,45	35,82		
2 episódios	6	155,83	42,50		
3 ou mais episódios	9	129,78	34,73		
Tempo decorrido depois do último AVC (meses) (n=75)				2,48 ²	0,09
Até 6 meses	10	137,40	18,76		
7 a 18 meses	21	135,81	39,02		
Mais de 18 meses	43	154,88	36,30		
Houve hospitalização				-0,54 ¹	0,59
Sim	75	146,50	36,26		
Não	2	160,50	50,21		
Quantos dias de internação (n=73)				0,08 ³	0,53
Sequelas					
Hemiparesia esquerda				-0,53 ¹	0,60
Sim	30	144,10	37,75		
Não	47	148,60	35,66		
Hemiparesia direita				1,97 ¹	0,05
Sim	32	156,41	35,34		
Não	45	140,04	35,83		
Hemiplegia esquerda				-2,06 ¹	0,04
Sim	6	118,17	26,48		
Não	71	149,27	36,12		
Dificuldade visual				-0,60 ¹	0,06
Sim	9	140,00	28,11		
Não	68	147,75	37,34		
Dificuldade de fala				-2,20 ¹	0,03
Sim	22	134,73	26,72		
Não	55	151,69	38,65		
Outras sequelas				-1,28 ¹	0,20
Sim	13	135,15	36,10		
Não	64	149,22	36,17		

DP: desvio padrão; 1. Teste T Student de duas amostras independentes; 2. Teste ANOVA; 3. Correlação de Spearman; IC=95% $\alpha=0,05$.

Na associação entre os fatores de risco e a QVRS, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas na variável dislipidemia ($p=0,03$).

Tabela 12 – Associação entre fatores de risco e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral. Teresina, PI, 2014 (n=77).

Variáveis	n	QVRS		Estatística	p valor
		Média	±		
Fatores de risco					
Hipertensão arterial sistêmica - HAS					
Sim	56	142,75	34,23	-1,63 ¹	0,11
Não	21	157,76	40,16		
Diabetes					
Sim	12	140,00	24,97	-0,94 ¹	0,36
Não	65	148,11	38,01		
Cardiopatias					
Sim	16	145,19	33,35	-0,20 ¹	0,84
Não	61	147,28	37,30		
Dislipidemia					
Sim	37	137,65	31,39	-2,19 ¹	0,03
Não	40	155,35	38,80		
Sedentarismo					
Sim	56	145,40	37,11	-0,56 ¹	0,58
Não	21	150,60	34,68		
Obesidade (n=29)					
Sim	11	132,28	31,17	-1,92 ¹	0,07
Não	18	155,89	33,00		
Tabagismo					
Sim	25	144,68	38,87	-0,36 ¹	0,72
Não	52	147,88	35,36		
Uso frequente de bebida alcoólica					
Sim	28	143,50	40,44	-0,608 ¹	0,545
Não	49	148,76	34,02		
Outros fatores de risco					
Sim	11	165,55	47,70	1,458 ¹	0,171
Não	66	143,73	33,50		

DP: desvio padrão; 1. Teste T Student de duas amostras independentes; IC=95% $\alpha=0,05$.

7 DISCUSSÃO

Na amostra estudada, a média de pontos no MEEM, que rastreou o comprometimento cognitivo dos participantes foi de 23,13 (DP=5,54). Considerando-se os pontos de corte ajustados conforme a escolaridade, constatou-se que 26% dos participantes apresentavam déficit cognitivo. Valores divergentes de estudo em Betim (MG), no qual o escore médio foi 18,70 (DP=5,90) em pessoas acometidas por AVC (SCALZO et al., 2010), bem como de pesquisa realizada em Natal (RN), que constatou média do MEEM para os pacientes analfabetos de 15,92 (DP=3,80) e para aqueles escolarizados de 19,32 (DP=5,00) (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011), ambos inferiores à média encontrada.

Uma maior média no MEEM, neste estudo, pode ser explicada pelo fato dos participantes desta pesquisa apresentarem maior escolaridade do que em outros estudos semelhantes, o que influencia diretamente no aumento do escore do mini exame. Na literatura, encontra-se que o AVC é um dos principais determinantes do declínio cognitivo, com a incidência de distúrbios cognitivos na população acometida por AVC variando de 12 a 56% (RABADI, 2008). Contudo, dados do Ministério da Saúde trazem uma prevalência de 45% de pacientes com este tipo de déficit (BRASIL, 2013b).

A respeito das características sociodemográficas da amostra, mais da metade (51,90%) pertencia ao sexo masculino, dados similares aos achados da literatura de maior ocorrência do AVC em pessoas do sexo masculino do que em mulheres (NADRUZ JÚNIOR, 2009; BRASIL, 2013b). Em pesquisa de Fróes (2011), em Fortaleza (CE), 50% da amostra era de pacientes do sexo masculino, assim como na de Lima (2010), em Conceição do Alagoas (MG), 56,70% eram homens. Também em pesquisa em Maceió (AL), os homens eram 59% dos participantes (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013), e, em inquérito realizado em São Paulo (SP), por Guajardo (2012), no qual 65,70% dos participantes eram do sexo masculino.

Também internacionalmente, em estudos realizados nos EUA (KLINEDINST, 2009), Austrália (TEOH; MILGROM, 2009) e Alemanha (HUNGER, 2012), encontraram-se porcentagens maiores de indivíduos do sexo masculino acometidos por AVC do que do sexo feminino.

A média de idade neste estudo foi de 57,31 anos (DP = 17,15). Revisão integrativa sobre AVC e QV encontrou médias de idade variando de 55,90 a 67,50

anos em pessoas acometidas por AVC (CANUTO; NOGUEIRA, 2015). Falcão et al. (2004), em pesquisa em Recife (PE), evidenciaram como sendo relevante a distribuição da doença em adultos de idade entre 20 e 59 anos. Estudos realizados por Santos (2007), Fróes (2011) e Rangel, Belasco e Diccini (2013) encontraram médias próximas a deste estudo, de 58,90; 58,80 e 59,40 anos, respectivamente.

Na pesquisa de Guajardo (2012), a média de idade foi menor, 52,50 (DP=15,30). Pesquisas em cidades de Minas Gerais e em Ribeirão Preto (SP) apontaram médias de 60,40 anos (DP=10,10) (SCALZO et al., 2010); 61,93 (DP=12,34) (LIMA, 2010); 65,30 (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011); e 71,20 anos (DP=8,36) (SANTOS, 2012), superiores a deste estudo.

A média de idade encontrada pode ser reflexo do processo de transição demográfica, com o crescimento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional (BRASIL, 2013a). A idade é um importante fator de risco para o AVC, porque ocorre mais frequentemente na população de idade mais avançada; a partir dos 55 anos, o risco de ter um AVC aumenta em duas vezes a cada década (NADRUZ JÚNIOR, 2009).

Quanto à cor da pele, a maioria (57,10%) se autodeclarou parda, seguido de branca (24,70%) e preta (16,90%). Estes dados se contrapõem ao que demonstrou o estudo de Scalzo et al. (2010) no qual, com relação à cor da pele, houve um predomínio da negra (72,30%). A doença cerebrovascular é mais frequente em pessoas negras em relação a pardas e brancas, o que pode ser explicado pela associação da cor de pele negra com HAS (LOTUFO; GOULART; BENSENOR, 2007; NADRUZ JÚNIOR, 2009; BRASIL, 2013b).

O número maior de pessoas de cor parda nesta investigação pode ser explicado pelas características populacionais do local do estudo. Corroborando os dados encontrados, a cidade de Teresina apresenta uma maioria de pessoas pardas (215.101 pessoas maiores de 10 anos), seguida das de pele com cor branca (97.626) (IBGE, 2010).

Concernente à situação conjugal, predominaram os casados (48,10%), número semelhante ao encontrado em outras pesquisas (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; LIMA, 2010; SANTOS, 2012; GUAJARDO, 2012). Isto pode se explicar pelo fato das pessoas desenvolverem AVC nas idades mais avançadas, quando já estão casadas. A presença da família e a existência de um companheiro são essenciais para compartilhamento do enorme impacto negativo que o AVC traz na vida da

pessoa e para auxílio nos cuidados pós-AVC necessários (LIMA, 2010) e podem influenciar diretamente na sua QVRS, é importante também para fornecer um apoio emocional ao sobrevivente (COOMBS, 2007).

Quanto à escolaridade, 55,80% da amostra teve 8 anos ou mais de estudo, alta escolaridade, segundo o critério para a classificação adotado pela utilização do MEEM. De forma discordante, em investigação de Scalzo et al. (2010), foi baixo o número de pessoas (8,50%) que apresentavam alta escolaridade. No estudo de Santos (2012), a escolaridade média foi de 3,34 (DP=3,60), com 55,60% dos participantes com escolaridade de 1 a 4 anos, e no estudo de Leite, Nunes, Corrêa (2011), a maioria dos participantes tinha ensino fundamental incompleto (48%). A literatura aponta a prevalência de AVC em indivíduos com baixa escolarização, já que a baixa escolaridade e a falta de informações acerca da doença constituem fatores de risco para sua ocorrência (ABRAMCZUC; VILLELA, 2009).

Apesar da predominância da alta escolaridade com base no MEEM, é importante salientar que é alta a frequência de participantes da amostra analfabetos (13,50%). Tal dado é preocupante, tendo em vista a necessidade de compreensão de medidas preventivas associadas ao autocuidado para prevenção da doença que, muitas vezes, exigem uma bagagem educacional das pessoas, conforme foi enfatizado por Ribeiro e colaboradores (2012).

A maioria dos entrevistados deixou de trabalhar depois do AVC (63,60%). No Brasil, o AVC é a maior causa de incapacitação na população maior de 50 anos e, conjuntamente com o infarto do miocárdio, responde por 40% das aposentadorias precoces do país, demonstrando o impacto devastador das doenças cardiovasculares dos pontos de vista humano e socioeconômico (ABRAMCZUC; VILLELA, 2009).

Nesta pesquisa, a maior parte dos participantes recebia até R\$724,00 (um salário mínimo), portanto, com baixa renda, dados concordantes com os estudos de Rangel, Belasco e Diccini (2013), no qual 79,10% dos participantes tinham renda semelhante, e de Leite, Nunes e Corrêa (2011), no qual 39% mantinham-se com um salário mínimo mensal.

A alta porcentagem de pessoas com baixa renda pode ser devido à instituição na qual foram coletados os dados prestar serviços de reabilitação apenas pelo SUS. Abramczuc e Villela (2009) afirmam que a ocorrência do AVC é influenciada pelas condições sociais e econômicas da população, a carência de

acesso a informações e aos serviços de saúde pode gerar um aumento de 20% na chance de ter a doença.

No tocante à ocupação antes da ocorrência do AVC, o grupo de ocupações com maior número de representantes foi o dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados com 31,20%. Neste sentido, pode-se afirmar que a renda dos participantes desta pesquisa, equivalente a até um salário mínimo, está relacionada ao tipo de ocupação exercida.

Mesmo com baixa renda, a maior parte da amostra era a chefe do seu domicílio, sendo, portanto, responsável por prover o lar. O AVC piora ainda mais esta situação econômica, pois, aos gastos já existentes, somam-se as despesas com alimentação diferenciada, transporte e medicações, tornando-se um agravante para recuperação destas pessoas pelo aumento dos gastos e maior instabilidade econômica e concorrendo, portanto, para a piora da sua QVRS. Este dado aponta para a necessidade de que os serviços de assistência à saúde aos acometidos por AVC se debrucem sobre a importância da promoção de ações voltadas à reinserção social e no mercado de trabalho destas pessoas.

Em relação ao arranjo familiar, constatou-se que as pessoas dividiam a residência mais frequentemente com os filhos e cônjuges, com média de 3,60 (DP=1,49) pessoas por domicílio, similar ao estudo de Santos (2012), que encontrou média de 3,01 (DP=1,55). Este resultado pode ser devido à necessidade de maiores cuidados às pessoas pós-AVC. A presença de familiares e de maior número de pessoas dividindo a residência com o sobrevivente de AVC aumenta a probabilidade de maior e melhor cuidado e apoio familiar a ela, entretanto, é importante referir que apenas a sua presença não reflete necessariamente no recebimento de cuidado e de apoio.

No processo do adoecimento, existe a necessidade de envolvimento familiar, fato evidenciado por haver, dentre as pessoas entrevistadas, uma elevada prevalência de pacientes que possuíam cuidador (70,10%), que era, na maior parte das vezes, o seu próprio cônjuge (35,20%) ou outro familiar, assim como em pesquisa de Rangel, Belasco e Diccini (2013). Morales et al. (2009) ratificam que os cuidados informais ao paciente pós-AVC são feitos, em grande parte das vezes, pelos próprios familiares.

No que diz respeito às características clínicas, quanto ao tipo de AVC sofrido, 69% apresentaram AVCI e 31%, AVCH, dados próximos aos da pesquisa de

Lima (2010), de 66% de AVCI e 34% de hemorrágico. Em estudos realizados por Costa, Silva e Rocha (2011) e Rangel, Belasco e Diccini (2013), as porcentagens de AVCI foram superiores, respectivamente, 86,70% e 83,50% dos casos.

Conforme pesquisa de Dominiczak e Macbride (2003), o AVCI ocorre em 80 a 90% dos casos e os AVCH representam de 10 a 20% do total. Em pesquisa realizada no Brasil por Goulart et al. (2010), a proporção de AVCI encontrada foi de 85%. O número maior de AVCs do tipo hemorrágico encontrado na pesquisa pode ter ocorrido, pois todos participantes encontravam-se em tratamento de reabilitação e este tipo de AVC ser mais frequentemente responsável por sequelas e mortes do que o AVCI (AVELAR, 2009; SMELTZER et al., 2011).

Entre os participantes, 19,50% tinham apresentado episódios anteriores da doença, número semelhante aos 20% dos pacientes pesquisados por Lima (2010) que apresentaram recidiva da doença, e resultados similares aos estudos de Owolabi (2008), Teoh e Milgrom (2009) e Hunger (2012). Antecedentes de AIT ou de AVC são fatores de risco para a ocorrência de novos episódios, a pessoa já acometida pela doença possui um risco nove vezes mais alto de vir a ter um segundo AVC (BORTOLOTTI, 2012; BRASIL, 2013b).

Foi possível observar que dentre o alto número de pacientes com longo tempo de instalação de AVC, predominaram as pessoas com mais de 36 meses de ocorrência do último episódio (33,30%). Em estudo de Scalzo et al. (2010), o tempo de AVC oscilou entre 1 mês e 10 anos, sendo que 70,20% teve o AVC há mais de um ano. Pesquisa de Lima (2010) obteve, analogamente, longos períodos pós-AVC, 40% tiveram um AVC de 1 a 5 anos e 49%, há mais de 5 anos.

Outro estudo apontou uma mediana de tempo após o AVC de 21 meses, variando de 3 a 316 meses (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013), e, no de Fróes (2011), o tempo de lesão predominante foi de 2 a 6 anos (50%), igualmente longo. A melhora na assistência à saúde de um modo geral tem resultado num aumento da sobrevivida destas pessoas (LIMA, 2010).

A maioria dos participantes da pesquisa (97,40%) foi hospitalizada após o episódio da doença. O AVC é uma emergência, como afirmam Avelar (2009) e Gagliardi (2009), sendo assim, a pessoa acometida deve ser encaminhada imediatamente para centros especializados, que disponham de uma equipe interdisciplinar treinada para o seu tratamento. A caracterização de emergência para o tratamento de AVC é em virtude da rápida progressão da lesão, com tendência à

irreversibilidade e ao fato das terapêuticas serem dependentes do tempo, a maioria das possibilidades terapêuticas só podem ser utilizadas dentro de uma janela terapêutica estreita.

No entanto, é importante destacar que o número de pessoas não hospitalizadas depois da ocorrência, apesar de pequeno, é alarmante, uma vez que a perda de tempo na abordagem a estes pacientes resulta numa pior evolução ou mesmo em morte (GAGLIARDI, 2009).

Nesta pesquisa, a internação hospitalar foi maior que 15 dias em 34,20% das pessoas (média=20,42, DP= 25,42), já em estudo de Santos (2012), o tempo de internação médio foi inferior: 8,37 dias (DP=8,07), sendo de 1 a 5 dias em mais da metade dos casos. A internação por AVC varia de acordo com a gravidade do caso, que vai depender do tipo de AVC, do vaso afetado, tempo de atendimento, tratamento realizado, entre outros (BORTOLOTTI, 2012; AVELAR, 2009). O achado de tempo mais prolongado de internação pode ser devido à quantidade de AVC do tipo hemorrágico, nesta amostra, tipo que, geralmente, é responsável por maiores complicações.

Sobre os fatores de risco, estes aumentam a probabilidade de que um AVC ocorra, entretanto, muitos deles podem ser minimizados com modificações no estilo de vida e tratamento médico, quanto maior o número de fatores de risco que uma pessoa apresenta, maior a probabilidade dela vir a ter um AVC (BORTOLOTTI, 2012). Os participantes deste estudo apresentaram diversos fatores de risco prévios à ocorrência do AVC.

Nesta investigação, a maior parte das pessoas apresentava HAS (72,70%), com porcentagem muito superior à da população geral, conforme o inquérito telefônico Vigitel 2013, realizado no conjunto das capitais brasileiras, nas quais a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão na população adulta em geral foi de 24,10% (BRASIL, 2014). Porém, dado similar aos 72% dos participantes do estudo de Leite; Nunes; Corrêa (2011) que eram hipertensos na ocasião do estudo. Scalzo et al. (2010), Fróes (2011) e Lima (2010), obtiveram porcentagens um pouco maiores, de 80,80%, 81,30% e 94%, respectivamente. A HAS é o principal fator de risco para o AVC e aumenta de 3 a 5 vezes o seu risco, 40% das pessoas acometidas pela doença são hipertensas (NADRUZ JÚNIOR, 2009).

Com relação ao diagnóstico prévio de diabetes, nesta pesquisa, 15,60% da amostra apresentava a doença. No Brasil, a frequência é de 6,90% (BRASIL, 2014),

porcentagem muito inferior à encontrada. Nos estudos de Scalzo et al. (2010) e Lima (2010), 14,90% e 14% eram diabéticos, respectivamente, valores similares aos dados deste estudo, já nas pesquisas de Fróes (2011) (21,90%) e de Santos (2012) (37,7%), o número de diabéticos foi superior. A diabetes é fator de risco para a ocorrência do AVC (O'DONNELL et al., 2010; BRASIL, 2013b; BORTOLOTTI, 2012) e aumenta em cinco vezes a chance de apresentar um episódio da doença (MENDES, 2012).

As dislipidemias compreendem as alterações dos níveis de lípidos no sangue. Nesta pesquisa, 48,10% dos participantes eram dislipidêmicos, resultado próximo ao de Fróes (2011) que encontrou 46,90% dos pesquisados com dislipidemia; enquanto que outras pesquisas trouxeram achados inferiores de 29%, 29,80% e 32,20% (LIMA, 2010; SCALZO et al., 2010; SANTOS, 2012). Na população em geral, a frequência de dislipidemia é mais baixa, 20,30% (BRASIL, 2014). Esta condição aumenta em duas a três vezes o risco para ocorrência de um AVC, principalmente com o aumento do colesterol LDL e diminuição do colesterol HDL. O valor desejável de LDL é muito influenciado pela presença simultânea de outros fatores de risco, assim, são desejáveis valores cada vez menores em pessoas com outros fatores de risco (NADRUZ JÚNIOR, 2009).

Sobre a realização de atividade física, este estudo apontou 72,70% de sedentários, assim como na investigação de Leite, Nunes e Corrêa (2011), na qual o percentual de inatividade física também foi alto (87%). Na população adulta brasileira, 49,40% não alcançam um nível de atividade física considerado suficiente (BRASIL, 2014). O'DONNELL et al. (2010), no primeiro grande estudo de caso-controle padronizado sobre os fatores de risco para o AVC em 22 países do mundo de baixa e média renda, inclusive o Brasil, relacionou a inatividade física como fator de risco para doença, assim como trazem Bortolotti (2012), Nadruz Júnior (2009), Baldin (2009) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). Promover a atividade física pode reduzir substancialmente a ocorrência do evento cerebrovascular.

Neste estudo, o percentual de fumantes foi de 32,50%, número superior à frequência de fumantes no Brasil (11,30%) (BRASIL, 2014), entretanto, inferior a de estudos semelhantes que constataram 54% (LIMA, 2010) e 61% (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011) de tabagistas. Segundo Azevedo (2009), o fumo aumenta em duas vezes o risco de a pessoa ter um AVC e é o principal fator de risco modificável, especialmente entre homens. Mendes (2012) afirma que o hábito de fumar pode

aumentar o risco de AVC em duas vezes. O AVC está entre as doenças que podem ter sua taxa alterada em função da interrupção do fumo (O'DONNELL et al., 2010).

No que diz respeito ao uso frequente de bebida alcoólica antes do AVC, 36,40% da amostra o fazia, valor maior do que entre os adultos das capitais brasileiras, dentre os quais a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias é de 16,40% (BRASIL, 2014) e do que os dados da pesquisa de Lima (2010), na qual 27% das pessoas faziam uso de bebidas alcoólicas. Conforme O'DONNELL et al. (2010), este constitui-se como um importante fator de risco para a doença.

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal: peso (kg)/altura(m)²). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m² e é obesidade quando esses valores são iguais ou maiores de 30 kg/m² (WHO, 2000). Dentre as pessoas entrevistadas, foi observado 37,90% de obesos. No nosso país, a frequência de adultos obesos é inferior (17,50%) (BRASIL, 2014). A obesidade aumenta em torno de duas vezes o risco para um AVC, independente de outros fatores de risco, além de predispor a outras doenças que aumentam o risco do evento cerebrovascular (NADRUZ JÚNIOR, 2009; BRASIL, 2013b).

Das pessoas acometidas por AVC, 32,50% apresentavam história familiar de AVC. Lima (2010), em sua pesquisa, encontrou que 41% dos participantes referiram história da doença na família. A hereditariedade é um fator de risco não modificável para o AVC (BORTOLOTTI, 2012; BRASIL, 2013b). Neste estudo, 20,80% das pessoas eram cardiopatas, número inferior ao de Lima (2010) com 52% e de Santos (2012) com 32,20% da amostra com doença cardíaca. A coexistência de outras doenças cardiovasculares também aumenta a chance de ocorrência de um AVC (BORTOLOTTI, 2012; BRASIL, 2013b).

Outros fatores de risco para a doença foram citados por 14,30% das pessoas com AVC, entre os quais estão o uso de anticoncepcional oral e dependência química (uso de cocaína), que, segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com AVC (BRASIL, 2013b), também constituem fatores de risco potencial para a doença.

Leite, Nunes e Corrêa (2011) também encontraram, de forma semelhante ao presente estudo, dentre os fatores de risco, a inatividade física, tabagismo, etilismo e histórico familiar de AVC. O'DONNELL et al. (2010) demonstraram que cinco fatores

de risco são responsáveis por mais de 80% do risco global de todos os episódios da doença: hipertensão, tabagismo, obesidade abdominal, dieta inadequada e inatividade física. A adição de outros cinco fatores de risco aos já citados (diabetes, ingestão abusiva de álcool, estresse psicossocial e depressão, causas cardíacas e proporção de apolipoproteínas B para A1) aumenta para 90% o risco da doença. A maior parte destes fatores de risco foi aqui pesquisada e apresentou-se com grande frequência.

A respeito das sequelas decorrentes do AVC, Falcão et al. (2004), em investigação com adultos que sofreram AVC, encontrou expressivo percentual de casos com algum tipo de incapacidade (80%) após o primeiro episódio da doença. Trata-se de causa de insatisfação com a vida e de variadas limitações funcionais, por conta da perda da autonomia decorrente das incapacidades.

A sequela mais comum em virtude do AVC, neste estudo, foi a hemiparesia direita (41,60%), seguida da hemiparesia esquerda (39%) e da dificuldade de fala (28,60%). Lima (2010) também encontrou, entre as mais frequentes, sequelas no hemisfério direito (58%) e as alterações da fala e da face (19%). Rangel, Belasco e Diccini (2013), em sua pesquisa, também obtiveram que a maior parte das sequelas era motora (53,20%) e motora e na fala (46,80%). Delboni, Malengo e Schimidt (2010) demonstraram a hemiparesia/hemiplegia à esquerda (86,70%) e à direita (13,30%) como as sequelas mais frequentes.

Depois da ocorrência do AVC, a pessoa acometida tem sentimentos de isolamento e impotência, devido à situação de ameaça à sua integridade biopsicossocial. Assim, preservar a QV após a doença é essencial para que a pessoa consiga superar o quadro clínico e emocional instalado. São muitas as perdas decorrentes do AVC como capacidade cognitiva, de comunicação e mobilidade, e a recuperação destas pessoas depende, além dos cuidados informais, de um cuidado multiprofissional e interdisciplinar (MORALES et al., 2009).

O indivíduo com alterações ocasionadas pela doença cerebrovascular pode apresentar várias limitações, e a recuperação difere de caso para caso. A sua reabilitação deve iniciar da forma mais precoce possível e integralmente. O tratamento imediato, conjuntamente à reabilitação adequada, pode diminuir as incapacidades, impedir sequelas e proporcionar à pessoa o mais rápido retorno possível às suas atividades de vida diária e participação na comunidade (BRASIL, 2013b).

A equipe multiprofissional, como a existente no centro de reabilitação no qual a pesquisa foi realizada, atende a pessoa vítima de AVC e atua no diagnóstico do quadro e na reabilitação do paciente, desde o alívio da dor e incômodos, atividades para recuperação da sua autonomia na realização das AVD, até atividades de cognição e comunicação.

Em relação às terapias utilizadas pelos pacientes, neste estudo, constatou-se: consulta médica; assistência social; psicologia; fisioterapia; terapia ocupacional; enfermagem; fonoaudiologia; hidroterapia; arte-reabilitação e nutrição. O predomínio destas terapias se deu em virtude das sequelas mais comumente apresentadas e pelo perfil sociodemográfico da amostra.

Em pesquisa de Rangel, Belasco e Diccini (2013), a maior parte realizava duas a três terapias de reabilitação, e a terapia mais frequente foi a fisioterapia (86,30%). Estudo de Lima (2010) também identificou porcentagem maior de pacientes que realizavam fisioterapia (94%), ou fisioterapia e terapia ocupacional (6%), 88% referiram bons resultados.

O trabalho com reabilitação fisioterapêutica, da terapia ocupacional e fonoaudiológica, colabora com o processo de reorganização neuronal, auxiliando a função psicomotora (MORALES et al., 2009). A enfermagem em reabilitação é voltada à prevenção de complicações, além da implementação de intervenções para promoção de uma maior independência, devendo ser inclusiva e participativa envolvendo o cuidador e/ou a família (MANCUSSI E FARO, 2006).

A reabilitação é essencial para o sucesso do tratamento depois do AVC e depende de fatores como: idade de ocorrência do AVC, área e extensão da lesão e o tipo de AVC, e, geralmente, é um processo longo (MORALES et al., 2009). Nesta pesquisa, o tempo médio de reabilitação foi de 12,85 meses (DP=12,26, mínimo 1 e máximo 48), tempo semelhante ao de outra pesquisa, na qual a mediana encontrada foi de 12 meses (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

A maior parte das pessoas referiu ter percebido resultados em virtude da realização do tratamento de reabilitação (71,4 %), número que pode ter sido influenciado pelo tempo de reabilitação da pessoa no centro (muitos estavam apenas iniciando o tratamento e, por este motivo, ainda não tinham como referir resultados). Houve predomínio de melhora da função motora (do movimento membro acometido – superior e inferior - e na deambulação) e melhora da fala,

resultados justificados pela predominância das sequelas nestes dois aspectos, e pela realização de terapias voltadas justamente para sua melhora.

A avaliação da QV e da QVRS de pessoas com as mais variadas doenças tem sido frequente em pesquisas na área da saúde, uma vez que a evolução alcançada com uma maior sobrevida não soluciona a manutenção da QV. Um dos eventos que pode comprometer de forma significativa a vida das pessoas é a ocorrência do AVC, por ter potencial limitante nos aspectos físicos e nos emocionais (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Nesta pesquisa, utilizou-se a SS-QOL para avaliação da QVRS e o valor de alfa de Cronbach encontrado foi de 0,86, nível de confiabilidade foi considerado bom (OVIEDO; CAMPO-ARIAS, 2005). Tal resultado indica que o instrumento possui boa consistência interna para avaliar a QVRS de pessoas que sofreram um AVC.

A existência de poucas pesquisas sobre o tema abordado na região nordeste do Brasil e que utilizassem o instrumento específico de AVC de QVRS em pessoas acometidas por AVC (SS-QOL), no país e no mundo, limitou as comparações com os achados deste estudo. O estado do Piauí apresenta indicadores de saúde ruins e é marcado pela alta desigualdade social (BRASIL, 2011b).

O presente estudo encontrou médias dos escores totais dos domínios visão, linguagem, mobilidade, modo de pensar, comportamento, e energia, semelhantes às de pesquisa de Rangel, Belasco e Diccini (2013), em pesquisa transversal realizada em Maceió-AL, em dois serviços de reabilitação, com pacientes de AVC e que fez uso do mesmo instrumento. Entretanto, nos domínios cuidados pessoais, trabalho/produzividade, função do membro superior, ânimo, relações familiares e relações sociais, as médias dos escores totais obtidas divergiram das da pesquisa citada.

O escore total de QVRS teve média de 146,84 (DP=36,31). Na investigação de Rangel, Belasco e Diccini (2013), o escore de QV foi ainda menor, 139,70 (DP=38,40). A QVRS analisada por meio de domínios que constituem o contexto do ser humano, geralmente é afetada e tende se comprometer no caso de doenças crônicas, agudas e das sequelas instaladas em virtude da sua ocorrência.

Em relação à média e mediana dos escores das respostas obtidas na QVRS geral, obtiveram-se valores próximos aos de Delboni, Malengo e Schimidt (2010), em pesquisa do tipo transversal, realizada com pacientes com diagnóstico de AVC no

setor de terapia ocupacional de uma Clínica Escola na cidade de São Paulo, no qual a média foi 3,29 (DP=0,65) e mediana 3,30. Resultados similares também aos de Lima (2010), em estudo transversal, em município do Triângulo Mineiro, com pessoas acometidas por AVC assistidas pela ESF, que obteve média de 3,46 (DP=0,07) na QVRS geral por meio da SS-QOL, evidenciando-se o prejuízo ocasionado pela ocorrência da doença na QVRS das pessoas acometidas.

De acordo com a mediana dos escores das respostas obtidas em cada domínio, os domínios mais afetados foram relações sociais (1,80), relações familiares (2,30) e trabalho/produtividade (2,30) e os domínios menos afetados foram visão (4,50), linguagem (4,20) e cuidados pessoais (3,40). Da mesma forma, Delboni, Malengo e Schimidt (2010) encontraram que relações sociais foi o domínio de menor pontuação e visão, o de maior. Na pesquisa de Rangel, Belasco e Diccini (2013), dentre as dimensões do SS-QOL, relações sociais e relações familiares também estão entre os domínios mais comprometidos.

Outros estudos também corroboram estes achados. Lima (2010), em seu trabalho, expôs que os domínios mais afetados foram relações sociais, personalidade e energia, já os domínios menos afetados coincidem aos deste estudo: linguagem, cuidados pessoais e visão.

Estudo transversal que descreveu a QVRS de pacientes com história anterior de AVC internados em enfermarias gerais, utilizando a SS-QOL, constou que os domínios mais prejudicados foram relações sociais, energia e trabalho/produtividade e a visão, entre os menos prejudicados (CORDINI; ODA; FURLANETTO, 2005).

No cenário internacional, pesquisa de Williams et al. (1999) para validação da SS-QOL com pacientes com AVCI em Indiana no EUA, encontrou, entre os domínios com menores médias, energia, papéis sociais (mais uma vez entre os mais comprometidos) e pensamento, já visão, cuidados pessoais e linguagem, como neste estudo, obtiveram médias maiores.

Chou (2015) realizou pesquisa transversal com indivíduos com AVC que frequentavam centros de reabilitação em três hospitais gerais de Taiwan. Os domínios mais afetados foram energia, relações sociais e familiares e os com médias mais altas foram visão, linguagem e mobilidade, as médias dos domínios neste estudo foram, geralmente, maiores do que as encontradas nesta pesquisa.

O AVC e suas sequelas, muitas vezes incapacitantes, prejudicam ou impossibilitam o retorno da pessoa acometida ao trabalho e às suas outras atividades sociais, como passeios familiares, encontros com amigos e estudos, o que pode explicar o dano à QVRS nos domínios relações sociais e trabalho/ produtividade. Além disso, estudos apontam a elevada prevalência de depressão pós-AVC (23 a 60%) (TERRONI, 2009), a presença muito frequentemente de sintomas depressivos nas vítimas da doença também pode auxiliar no entendimento do prejuízo destes domínios.

Internacionalmente, em pesquisa na Dinamarca que utilizou o instrumento SS-QOL, versão adaptada à realidade do país, com pessoas que sofreram AVC leve ou AIT e avaliou a QVRS 3 meses e 12 meses após a sua ocorrência, constatou que, apesar das mudanças modestas nos domínios entre os períodos, quase metade dos pacientes experimentaram deterioração da QV. Durante a reabilitação, seria interessante incluir alternativas de emprego de natureza menos exigente após a doença (MUUS; PETZOLD; RINGSBERG, 2010).

Após a ocorrência da doença, a pessoa acometida fica, muitas vezes, em situação de incapacidade e dependência, necessitando de um cuidador que é, frequentemente, um familiar, como mencionado anteriormente. Tal fato, somado ao possível abandono do mercado de trabalho, das suas atividades diárias, e da consequente diminuição da renda podem explicar, conjuntamente, o prejuízo no domínio relações familiares.

Na subescala da SS-QOL, a resposta mais citada, na maioria dos domínios e em relação à QVRS em geral, foi “muito pior do que antes do derrame”. Várias pesquisas corroboram este achado, demonstrando a piora nos domínios e na QVRS pós-AVC (MOTA; NICOLATO, 2008; LIMA, 2010; FISCHER et al., 2009; MUUS; PETZOLD; RINGSBERG, 2010; FROES et al., 2011; RANGEL, BELASCO, DICCINI, 2013).

Por outro lado, também foi necessária a introdução da resposta “melhor do que antes do derrame cerebral” à subescala em virtude da frequência com que foi citada. A ideia de melhora em alguns aspectos da vida pode ser reflexo do tratamento de reabilitação realizado e da mudança de hábitos e estilo de vida que tiveram de ser adotados após o evento.

Após a associação dos dados sociodemográficos e econômicos e a QVRS, verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas na variável escolaridade,

demonstrando que uma escolaridade mais baixa influencia negativamente a QVRS das pessoas após o AVC. Pessoas com menor escolaridade, geralmente, possuem menores informações acerca da doença que os acometeu, sobre a rede de saúde existente para sua assistência e reabilitação, bem como menor acesso a estes serviços, possuem também menos oportunidades de emprego e renda, fatos que, em conjunto, podem justificar sua menor QVRS em relação a pessoas de escolaridade mais alta.

Na comparação das características clínicas e o escore total de QV, observou-se que houve diferença estaticamente significativa em relação às variáveis: dislipidemia; hemiplegia esquerda; hemiparesia direita e dificuldade de fala.

A pessoa com dislipidemia apresenta maior risco de desenvolver aterosclerose (FERNANDES et al., 2011), que, por sua vez, é fator de risco para a existência de outras comorbidades. A presença de outras comorbidades e a necessidade de um maior acompanhamento médico, além da realização de dietas mais restritivas e a utilização de um número maior de medicamentos, podem explicar a menor QVRS em pessoas pós-AVC que apresentam este fator de risco.

Analogamente, estudo realizado por Souza et al. (2008), porém com uma amostra de pessoas acometidas por um evento coronariano agudo, também encontrou que a dislipidemia é fator preditor de piora do escore de QV. Esta pesquisa citou como possíveis explicações para esse achado: as alterações de hábitos alimentares, fundamentais para o seu controle, com esforços muitas vezes ineficazes, o que pode levar à frustração; o uso de medicação e seus efeitos colaterais, bem como o controle periódico dos níveis de colesterol, que mudam a percepção de saúde e a QV das pessoas.

Dentre as consequências do AVC, estão as alterações de mobilidade. As paralisias, hemiplegias e hemiparesias são muito comuns em sobreviventes e podem prejudicar o equilíbrio e a força muscular da pessoa acometida (SCHMID; RITTMAN, 2009). A mobilidade, capacidade da pessoa se deslocar pelo ambiente, é um componente da função física de fundamental importância, e é pré-requisito para executar as AVD e manter a independência, seu prejuízo pode gerar dependência e incapacidades (MOREIRA; ARAUJO; PAGLIUCA, 2013). A presença da hemiplegia implica, assim, na diminuição da QVRS da pessoa pós-AVC. Neste

trabalho, porém, a presença de hemiparesia direita não resultou no comprometimento da QVRS das pessoas acometidas.

As lesões cerebrais ocasionadas pelo AVC, dependendo da área comprometida, podem também determinar sequelas relativas à linguagem oral e escrita (afasias), execução da fonoarticulação (disartrias/disartrofonias), problemas auditivos e planejamento (apraxia oral e verbal). Estas sequelas, isoladamente ou em conjunto, podem acarretar à pessoa uma dificuldade de comunicação, que pode levar ao isolamento social que, por sua vez, pode desencadear ou agravar quadros de depressão (BRASIL, 2013).

Em estudo realizado por Chaves et al. (2013), em Fortaleza (CE), com pacientes em reabilitação por AVC, os comprometimentos da fala, traduzidos na forma do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada”, são das sequelas mais presentes nesta população. As alterações na comunicação podem contribuir para o aparecimento de outras comorbidades, já que, na maioria das vezes, a pessoa não é compreendida pelas demais, o que pode gerar sentimentos de frustração, por não conseguir se fazer entender. Por estes motivos, a dificuldade da fala interfere e ocasiona perda da QVRS.

8 CONCLUSÃO

O AVC é um problema de saúde pública, pelo elevado número de óbitos causados, mas também pela incapacidade resultante de suas sequelas, que culminam numa menor QVRS das pessoas depois da sua ocorrência.

A média encontrada no MEEM foi de 23,13 pontos, com 26% dos entrevistados com déficit cognitivo. Quanto às características sociodemográficas e econômicas, verificou-se uma população predominantemente do sexo masculino; média de idade de 57,31 anos; se concentrando na faixa etária de 60 a 79 anos; de pele parda; casados; com 8 anos ou mais de estudo; a maior parte deixou de trabalhar depois do AVC e tinha baixa renda, recebendo até R\$724,00 (um salário mínimo).

No que diz respeito ao arranjo familiar e cuidador, a maior parte morava com cônjuge e filhos, dividindo a residência com 2 a 4 pessoas, eram chefes da residência e possuíam um cuidador, que era, mais frequentemente, o seu próprio cônjuge.

Em relação aos dados clínicos, a maioria da amostra teve um AVCI, apenas um episódio da doença, com mais de 18 meses pós-AVC. A grande maioria dos participantes foi hospitalizada, permanecendo internada por mais de 15 dias. Os fatores de risco prévios para doença cerebrovascular mais citados foram: hipertensão, sedentarismo, dislipidemia e obesidade. As sequelas mais frequentes foram hemiparesia direita, hemiparesia esquerda e dificuldade da fala.

O tempo médio de reabilitação foi de 12,85 meses, com a maior parte realizando terapia de 2 a 6 meses. Dentre os serviços do centro de reabilitação, os mais utilizados foram: a consulta médica, assistência social, psicologia; fisioterapia; terapia ocupacional; enfermagem e fonoaudiologia. A maior parte das pessoas afirmou ter percebido resultados em virtude da realização das terapias no centro, referindo maior melhora na parte motora, melhora nos movimentos do membro acometido, consegue deambular e melhora da fala durante o tratamento de reabilitação.

Sobre a QVRS, obtiveram-se baixos escores nos domínios e na QVRS total, evidenciando as consequências negativas da ocorrência da doença na QVRS da pessoa acometida, assim como em outras pesquisas relacionadas.

Com relação à associação dos dados sociodemográficos e econômicos e o escore total de QVRS, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa na variável escolaridade, pessoas com menor escolaridade apresentavam a QVRS mais prejudicada.

Na comparação das características clínicas e a QVRS, verificou-se, que as variáveis: dislipidemia, hemiplegia esquerda, hemiparesia direita e dificuldade de fala apresentaram diferença estatisticamente significativa ao serem relacionadas ao escore total de QVRS. Pessoas dislipidêmicas, hemiplégicas esquerdas, sem hemiparesia direita e com dificuldade de fala apresentaram maior comprometimento da QVRS.

Os achados da pesquisa são úteis para reforçar a necessidade da implementação de políticas públicas voltadas para a atenção às pessoas sobreviventes de AVC devido à sua perda de QVRS. Há a necessidade da realização de novos estudos sobre a temática, principalmente com a avaliação da QVRS com instrumentos específicos, em virtude da escassez de pesquisas e da sua importância, visando o conhecimento sobre as áreas da vida mais afetadas após o AVC.

Estudos dessa natureza e outros sobre o tema são importantes, porque a identificação dos aspectos da vida da pessoa mais afetados, além dos fatores que interferem na sua QVRS, é essencial para a implantação de estratégias oportunas de intervenção, direcionando melhor o tratamento, reabilitação e sua consequente reinserção social.

Ressalta-se também a necessidade de programas de educação em saúde. Nesse contexto, destaca-se a importância do profissional enfermeiro tanto no cuidado à pessoa acometida por AVC, na assistência e reabilitação, quanto na promoção à saúde, prevenção e controle dos fatores de risco, com ações de prevenção da ocorrência de novos episódios da doença, procurando, principalmente, evitar a sua recorrência e consequente acúmulo de sequelas, com vistas a melhorar a sua QVRS.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se o delineamento transversal da pesquisa, que não permite o estabelecimento de uma relação de causa e efeito, e a exclusão de pessoas afásicas, o que dificulta a generalização dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUCK, B.; VILLELA, E. Reportagem: a luta contra o AVC no Brasil. In: MIN, L. L. et al.(org.). **AVC**: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada. São Paulo: Plêiade, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. AHA Statistical Update. **Executive summary**: heart disease and stroke statistics – 2012 Update A report form the American Heart Association, 2012. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/125/1/188.full>>. Acesso em 08 maio 2013.

AVELAR, W. M. Tempo é cérebro. In: MIN, L. L. et al. (org.). **AVC**: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada. São Paulo: Plêiade, 2009.

AZEVEDO, R.C.S. de. Combate ao tabagismo. In: MIN, L. L. et al. (org.). **AVC**: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada. São Paulo: Plêiade, 2009.

BALDIN, A. D. Cuide do seu corpo: sua vida vale muito. In: MIN, L. L. et al. (org.). **AVC**: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada. São Paulo: Plêiade, 2009.

BERTOLUCCI, P. H.F. et al.O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online], São Paulo, v.52, n.1, p. 01-07, 1994.

BORTOLOTTI, F. **Manual do socorrista**. 3 ed. Porto Alegre: Expansão, 2012.

BOWLING, A. **Measuring disease**: a review of disease-specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham (PA): Open University Press, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, n. 14, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>> Acesso em: 05 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em 05 maio 2013.

_____.Ministério da Saúde. **DATASUS** Informações de Saúde – TABNET. Indicadores de saúde. Indicadores e dados básicos - Brasil 2011. Indicadores de mortalidade, 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c08.def>>. Acesso em 07 maio 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Secretaria de Políticas Públicas de Emprego - SPPE. **Classificação brasileira de ocupações**: CBO – 2010.3ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS** Informações de Saúde – TABNET. Indicadores de saúde. Indicadores e dados básicos - Brasil 2011. Indicadores de mortalidade, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/c08.def>>. Acesso em 10 maio 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Piauí** - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/piaui_29-03.pdf>. Acesso em 05 jan 2015..

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS** Informações de Saúde – TABNET. Assistência à saúde. Morbidade Hospitalar do SUS, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em 07 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União nº 112; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em 09 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev Panam Salud Publica** [online], v.19, n. 2, p. 128-136, 2006.

CANADIAN STROKE NETWORK; HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADÁ. Tools to Assess Participation, Health-Related Quality of Life, and Fatigue. **Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care 2012-2013 Update**. Last updated : 15 november 2013. Disponível em: <<http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/11/Tools-to-Assess-Participation-and-Health-Related-Quality-of-Life.pdf>>. Acesso em 15 de abr 2015.

CANUTO, M. A. de O; NOGUEIRA, L. T. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Rev. pesq.: cuid. fundam. on line**, v. 7, n. 2., p. 2562-2568, 2015.

CEIR. Centro Integrado de Reabilitação. CEIR em números. **Estatística Consolidada**. Disponível em: <[http://www.ceir.org.br/ckfinder/userfiles/files/ESTATISTICA%20CONSOLIDADA,%20PACIENTES%20ATENDIDOS%20E%20METAS%202014\(1\).pdf](http://www.ceir.org.br/ckfinder/userfiles/files/ESTATISTICA%20CONSOLIDADA,%20PACIENTES%20ATENDIDOS%20E%20METAS%202014(1).pdf)>. Acesso em 01 março 2015a.

CEIR. Centro Integrado de Reabilitação. Serviço de Arquivamento Médico (SAME). **Estatística de atendimentos e de pacientes em reabilitação por acidente vascular cerebral**, 2015b.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.

CHAVES, D. B. R. et al. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico. **Rev Rene**, v. 14, n.5, p: 877-85, 2013.

CHOU, C. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 24, n. 3, p: 1-8, 2015.

COOMBS, U. Spousal caregiving for stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, v. 39, n. 2, p. 112-119, 2007.

CORDINI, K.L.; ODA, E.Y.; FURLANETTO, L. M. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. **Jor bras psiquiatr**; v. 54, n. 4, p. 312-317, 2005.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A. da; ROCHA, V. M. da. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1083-1088, 2011.

DELBONI, M. C. C.; MALENGO, P. de C. e M.; SCHMIDT, E. P.R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 165-175, 2010.

DOMINICZAK, A. F.; MACBRIDE, M. W. Genetics of common polygenic stroke. **Nat Genet.** , v. 35, n. 2, p. 116-7, 2003.

EWERT, T.; STUCKI, G. Validity of the SS-QOL in Germany and in survivors of hemorrhagic or ischemic stroke. **Neurorehabil Neural Repair**, v. 21, n. 2, p: 161-168, 2007.

FALAVIGNA, A. et al. O que os pacientes com acidente vascular encefálico sabem sobre sua doença?. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 135-138, 2009.

FERNANDES, A. B. S. Análise da qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**, v.18, n.2, p. 145-146, 2010.

FERNANDES, R. A. et al. Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. **Arq Bras Cardiol**, v. 97, n. 4, p: 317-323, 2011.

FISCHER, U. et al. Quality of life in survivors after cervical artery dissection. **Journal of Neurology**, v. 256, n. 3, p. 443-449, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J Psychiatr Res.**, Great Britain, v. 12, p.189-198, 1975.

FRÓES, K. S. dos S. O. et al. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online], São Paulo, v.69, n.2b, p. 371-376, 2011.

GAGLIARDI, R. J. Melhor conduta no AVC. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R. J.; MELGES, L. D. M. **Neurologia atual**. Associação Paulista de Medicina, 2009.

GIMENES, G. de F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trab. educ. saúde** [online], Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 291-318, 2013.

GOULART, A. C. et al. A stepwise approach to stroke surveillance in Brazil: the EMMA (Estudo de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral) study. **International Journal of Stroke**, v. 5, August, p. 284–289, 2010.

GUAJARDO, V. A. D. **Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com acidente vascular cerebral**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

HAACKE, C. et al. Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements. **Stroke**, Dallas, v. 37, p. 193-8, 2006.

HUNGER, M. et al. Validity, reliability and responsiveness of the EQ-5D in German stroke patients undergoing rehabilitation. **Qual Life Res.**, v. 21, p.1205–16, 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notas Técnicas.

Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf>. Acesso em 18 de jul 2013.

_____. **Censo Demográfico 2010**: Teresina. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 18 jul 2013.

KLINEDINST, N.J. Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year. **Res Nurs Health.**, v. 32, n. 6, p. 592–605, 2009.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama. v. 15, n. 1, p. 15-21, jan./abr, 2011.

LIMA, R. C. M. et al. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. **Rev. bras. fisioter.** [online]., São Carlos, v.12, n.2, p. 149-156, 2008.

LIMA, M. L. **Qualidade de vida de indivíduos com Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 2010.

LOTUFO, P. A.; GOULART, A.; BENSENOR, I. M. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**; v.65, n. 3-B, p.752-757, 2007.

MAKIYAMA, T. Y. et al. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v.11, n. 3, p.106-109, 2004.

MANCUSSI E FARO, A. C. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p: 128-33, 2006.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

MORALES, A.P. et al. Reportagem: qualidade de vida pós-AVC. In: MIN, L. L. et al. (org.). **AVC: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada**. São Paulo: Plêiade, 2009.

MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L.; PAGLIUCA, L.M.F. Limitação da mobilidade física em pacientes após o acidente vascular encefálico no domicílio: proposta de um conceito. **Rev Rene**, v. 14, n.5, p: 920-8, 2013.

MOTA, J. F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral: instrumentos de avaliação e seus resultados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008.

MUUS, I. ;PETZOLD, M.; RINGSBERG, K. C. Health-related quality of life among Danish patients 3 and 12 months after TIA or mild stroke. **Scand J Caring Sci**, v. 24; p: 211–218, 2010.

- MUUS, I. et al. Responsiveness and sensitivity of the Stroke Specific Quality of Life Scale Danish version. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 25–26, p: 2425–2433, 2011.
- NADRUZ JÚNIOR, W. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. In: MIN, L. L. et al. (org.). **AVC: uma catástrofe que pode ser prevenida e tratada**. São Paulo: Plêiade, 2009.
- NAZARÉ, F. de. Ataque Isquêmico Transitório. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R. J.; MELGES, L. D. M. **Neurologia atual**. Associação Paulista de Medicina, 2009.
- O'DONNELL, M. J. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. **Lancet**, v. 376, p: 112–23, 2010.
- OLIVEIRA, M. R. de; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.**, São Paulo, v.17, n.3, 2009.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de acidentes vasculares cerebrais da OMS**: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2006. Disponível em: <<http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>>. Acesso em 08 maio 2013.
- OVIEDO, H. C.; CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. XXXIV, n. 4, p. 572-580, 2005.
- OWOLABI, M.O. Determinants of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. **Trans R Soc Trop Med Hyg.**, v. 102. p. 1219-25, 2008.
- PIAUI. Pacto pela saúde 2010/2011. Unidade da federação: Piauí. **Pacto pela Saúde Metas do biênio 2010/2011**. Indicadores, 2010.
- PICCOLO, A. C. Manejo do AVCI na UTI. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R. J.; MELGES, L. D. M. **Neurologia atual**. Associação Paulista de Medicina, 2009.
- PELLICO, L. H. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- RABADI, M. H. et al. Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 89, march, 2008.
- RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 205-12, 2013.
- REDE BRASIL AVC. **O projeto Pense Bem AVC, iniciado em 2007 em Teresina, inaugurou em abril de 2010 uma nova fase, com educação sobre o AVC**

também nas escolas, 2013. Disponível em:<http://ong.portoweb.com.br/redebrasilavc/default.php?reg=44&p_secao=14>. Acesso em 08 maio 2013.

REIS, L. A. dos et al. Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié,BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 369-378, 2008.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **R bras ci Saúde**, v. 16, n. s2, p: 25-44, 2012.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 63-81, 2000.

SANTOS, A. S. dos. **Questionário específico de avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cérebro vascular do tipo isquêmica: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil** (Dissertação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SANTOS, A. S. dos. **Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa** (Tese – Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, E.B. **Estresse percebido dos idosos após Acidente Vascular Cerebral**. 123f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SBN. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. **Teresina - Projeto Pense Bem AVC, 2012**. Disponível em:<<http://www.sbn.com.br/index/noticias/2012-04-03-teresina-projeto-pense-bem-avc>>. Acesso em 09 maio 2013.

SCALZO, P.L. et al. 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.

SCHMID, A. A.; RITTMAN, M. Consequences of post stroke falls: activity limitation, increased dependence, and the development of fear of falling. **American Journal of Occupational Therapy**, v.63, p: 310-316, 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SMELTZER, S. C et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, E. N. et al. Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.91, n.4, p: 252-259, 2008.

TANG, W. K. et al. Impact of Anxiety on Health-Related Quality of Life After Stroke: A Cross-Sectional Study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**; v. 94, p: 2535-2541, 2013.

TEOH, V.S. J.; MILGROM, J. Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study. **Top Stroke Rehabil.**, v.16, n. 2, p.157–66, 2009.

TERRONI, L. de M. N. et al. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. **Rev Psiq Clín**, v. 36, n.3, p: 100-108, 2009.

WHO. World Health Organization. **WHOQOL Measuring quality of life**. Division of mental health and prevention of substance abuse, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em 08 maio 2013.

_____. World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000.

WILLIAMS, L. S. et al. Development of a stroke-specific quality of life scale. **Stroke Journal of the American Heart Association**, Dallas, v. 30, n.7, p.1362-9, 1999.

WORLD STROKE ORGANIZATION. **World Stroke Campaign**. 1 in 6 people worldwide will have a stroke in their lifetime. Campaign Resources, 2012. Disponível em: <<http://www.worldstrokecampaign.org/2012/About/Pages/About.aspx>>. Acesso em 07 maio 2013.

YÖNT, G. H.; KHORSHID, L. Turkish version of the Stroke-Specific Quality of Life Scale. **International Nursing Review** , v. 59, p. 274–280, 2012.

APÊNDICES

APENDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Data: ___/___/___ Número da entrevista: _____

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Data de nascimento: ___/___/___ Idade _____ (anos completos)
 (1) 18-39 anos adulto jovem (2) 40-59 anos adulto maduro ou médio (3) 60-79 anos idoso
 (4) 80 ou mais anos muito idoso

1.2 Sexo:
 (1) Feminino (2) Masculino

1.3 Qual a cor da sua pele?
 (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (0) Nenhuma das repostas

1.4 Situação conjugal
 (1) Solteiro(a) (2) Casado (a) (3) Divorciado(a)/Separado(a) (4) Viúvo (a)
 (5) União estável

1.5 Escolaridade:
 (1) Analfabeto (2) Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
 (3) 1 a 4 anos de estudo incompletos (4) 4 a 8 anos de estudo incompletos
 (5) 8 ou mais anos de estudo

1.6 Qual a sua profissão/ ocupação?
 (1) Profissionais das ciências e das artes (2) Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (3) Trabalhadores dos serviços administrativos
 (4) Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca
 (5) Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (6) Outros

1.7 Deixou de trabalhar depois da doença?
 (1) Sim (2) Não

1.8 Qual a sua renda média mensal em reais? _____

- (1) Até R\$ 724,00 (1 salário mínimo) (2) R\$725,00 a 1.448,00 (mais de 1 a 2 salários mínimos) (3) R\$1.449,00 a 2.172,00 (mais de 2 a 3 salários mínimos)
(4) mais de R\$2.172,00 (mais de 3 salários mínimos)

2 ARRANJO FAMILIAR

2.1 Com quem o(a) senhor(a) mora?

- (1) Sozinho(a) (2) Cônjuge/ companheiro(a) (3) Filho(s) (4) Outro(s) Familiar(es)
(5) Empregado doméstico/cuidador

2.2 Quantas pessoas moram em sua casa, incluindo o senhor (a)? _____

- (1) Uma pessoa (2) 2 a 4 pessoas (3) Mais de 5 pessoas

2.3 Quem é o chefe do domicílio?

- (1) O(a) senhor(a) (2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar

2.4 O senhor(a) possui cuidador? Se não, passar para o próximo tópico.

- (1) Sim (2) Não

2.5 Quem é o seu cuidador?

- (1) Cônjuge (2) Filho (3) Genro ou nora (4) Cuidador particular (5) Mãe (6) Outro familiar

DADOS CLÍNICOS RELACIONADOS AO AVC

3.1 Qual o tipo de AVC?

- (1) Isquêmico (2) Hemorrágico

3.2 Apresentou episódio de AVC anteriormente?

- (1) Sim (2) Não

3.3 Se sim, quantos episódios teve no total? _____

- (1) Um episódio (2) Dois episódios (3) Três episódios (4) Mais de 3 episódios

4 Data do último episódio: ___/___/___

5 Tempo decorrido após o último episódio de AVC _____

- (1) Até 6 meses (2) 7 a 18 meses (3) Mais de 18 meses

6 Houve hospitalização?

- (1) Sim (2) Não

7 Quantos dias o(a) senhor(a) ficou internado(a)? _____

- (1) 1 dia (2) 2 a 7 dias (3) 8 a 15 dias (4) Mais de 15 dias

8 Presença de fatores de risco prévios:

- (1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Doença cardíaca (4) Dislipidemia (5) Sedentarismo (6) Obesidade (7) Tabagismo (8) Uso frequente de bebida

alcoólica(9) História Familiar (10) Uso de anticoncepcional oral (11) Aneurisma
(13) Malformação arteriovenosa (9) Outros (especifique) _____

9 Ficou com quais sequelas após o AVC?
(1) Hemiparesia Esquerda (2) Hemiparesia Direita (3) Hemiplegia esquerda
(4) Hemiplegia Direita (5) Dificuldade na visão (6) Dificuldade de fala (7) Ataxia
(8) Tetraparesia (9) Outra (Especifique) _____

10. Há quanto tempo o(a) senhor(a) faz reabilitação aqui? _____
(1) Até 1 mês (2) 2 a 6 meses (3) 7 a 12 meses (4) 13 a 24 meses (5) Mais de
24 meses

SERVIÇOS UTILIZADOS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO

1. Quais serviços do centro de reabilitação utiliza?
(1) Arte-reabilitação (2) Assistência social (3) Enfermagem (4) Medicina (5)
Fisioterapia (6) Terapia ocupacional (7) Nutrição (8) Fonoaudiologia (9) Hidroterapia
(10) Musicoterapia (11) Odontologia (12) Pedagogia (13) Psicologia
(14) Reabilitação desportiva

2. O(a) senhor(a) percebeu algum resultado?
(1) Sim (2) Não

3. Se sim, quais resultados o(a) senhor(a) percebeu?
(1) Houve melhora global (2) Hoje consegue deambular, o que não era capaz
antes da terapia (3) Melhorou a deambulação (4) Melhorou os movimentos dos
membros acometidos (5) Melhorou a fala (6) Melhorou a parte emocional
(7) Hoje possui maior independência para as atividades da vida diária (AVD).

ANEXOS

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Data: ___/___/___

Número da entrevista: _____

Escolaridade: () Analfabeto

- () 1 a 4 anos de estudo incompletos
() 4 a 8 anos de estudos incompletos
() 8 ou mais anos de estudo

a) ORIENTAÇÃO TEMPORAL ESPACIAL – anotar se acertou (1 ponto), errou (zero ou não sabe (zero))

Ano	() acertou	() errou	() não sabe
Semestre	() acertou	() errou	() não sabe
Mês	() acertou	() errou	() não sabe
Data	() acertou	() errou	() não sabe
Dia da semana	() acertou	() errou	() não sabe

b) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero)

Nome da rua	() acertou	() errou	() não sabe
Número da casa	() acertou	() errou	() não sabe
Bairro	() acertou	() errou	() não sabe
Cidade	() acertou	() errou	() não sabe
Estado	() acertou	() errou	() não sabe

c) REGISTRO

Mencione 3 palavras: árvore, mesa, cachorro (levando 1 segundo para cada uma). Peça ao paciente para repetir as 3 palavras, em até 3 tentativas.

Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

Lembrou = 1 ponto Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar.

Árvore	() conseguiu	() não conseguiu
Mesa	() conseguiu	() não conseguiu
Cachorro	() conseguiu	() não conseguiu

Número de repetições _____

d) ATENÇÃO E CÁLCULO – anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero)

Gostaria que o senhor realizasse os seguintes cálculos:

100-7=93	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
93-7=86	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
86-7=79	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
79-7=72	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
72-7=65	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Se não for capaz de realizar o cálculo, soletrar a palavra MUNDO de trás para frente (não contar como pontuação) – ODNUM

acertou errou não sabe

e) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada palavra correta, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o senhor(a) as repetiu, diga-me agora quais se lembra.

Árvore	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Mesa	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Cachorro	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu

f) LINGUAGEM - anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero)

Aponte para um lápis e um relógio e peça pra nomeá-los (10 segundos para cada objeto)

Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Repita a frase que eu vou dizer: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” – a resposta correta vale um ponto

conseguiu não conseguiu

Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte comando:

FECHE OS OLHOS.

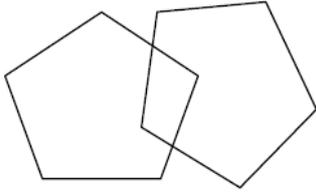
Fechou os olhos (1 ponto) não fechou os olhos (zero)

Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dobre o papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. Contar 1 ponto, se frase conter um sujeito e um objeto e fazer sentido, ignore erros de ortografia).

g) Peça para pessoa copiar o desenho abaixo:
Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.



PONTUAÇÃO FINAL:

ESCORE

13 PONTOS: ANALFABETO

18 PONTOS: ESCOLARIDADE BÁSICA (1 a 4 anos incompletos) E MÉDIA (4 a 8 anos incompletos)

26 PONTOS: ESCOLARIDADE ALTA (8 ou mais anos)

Fonte: Folstein, Folstein e Mchugh (1975), validado para a língua portuguesa por Bertolucci et al.(1994).

**ANEXO B - STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE- SS-QOL adaptada
para a língua portuguesa**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE SCALE - SS-QOL adaptada para a língua
portuguesa**

Data: ___/___/___

Número da entrevista: _____

Gostaríamos de saber como senhor(a) está lidando com atividades ou sentimentos que podem, às vezes ter sido afetados pelo derrame. Cada pergunta questiona sobre uma 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 o senhor(a) 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 comida?	1	2	3	4	5
CP2. Você teve dificuldade para comer, por exemplo, para cortar ou engolir?	1	2	3	4	5

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
CP4. Você teve dificuldade para se vestir, por exemplo, para vestir as meias ou colocar sapatos, para fechar botões ou o 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
V1. Você teve dificuldade para assistir televisão de modo 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
L5. Outras pessoas tiveram dificuldade para entender o que você disse?	1	2	3	4	5

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
L6.Você teve dificuldade em 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 ou ao 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 e 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
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

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
T3. Você teve dificuldade para realizar tarefas que costumava fazer?	1	2	3	4	5
FM1. Você teve dificuldade para escrever ou datilografar?	1	2	3	4	5
FM2. Você teve dificuldade para vestir 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 o senhor(a) 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
MP2. Foi difícil para eu me concentrar	1	2	3	4	5

	Concordo muito	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo muito
MP3. Eu tive dificuldade em lembrar de coisas	1	2	3	4	5
MP4. Eu tive que anotar coisas para me lembrar	1	2	3	4	5
C1. Eu estável 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
A2. Eu estava desanimado com o meu futuro.	1	2	3	4	5
A3. Eu não estava interessado em outras pessoas ou atividades.	1	2	3	4	5
RF5. Eu não participei de atividades de lazer com a minha família.	1	2	3	4	5
RF7. Eu me senti um peso para 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

	Concordo muito	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo muito
RS5. Eu não vi tantos amigos quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS6. Eu pratiquei sexo menos frequentemente do que eu gostaria.	1	2	3	4	5
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

Agora, gostaríamos de perguntar como você se sente hoje em algumas áreas gerais comparado a como se sentia **antes do seu derrame**. Marque um X no quadrado para mostrar se cada área está muito pior, um pouco pior ou igual ao que era **antes** do seu derrame. Por favor, lembre-se de comparar como você está **hoje** em relação a como você estava **antes do seu derrame ter acontecido**.

	Muito pior do que antes do seu derrame	Pior do que antes do meu derrame	Um pouco pior do que antes do meu derrame	O mesmo que antes do meu derrame
1E. Meu nível de energia está				
2L. Minha fala está				
3M. Meu andar está				
4V. Minha visão está				
5FM. O uso de meus braços ou mãos está				
6MP. O meu modo de pensar está				
7A. O meu ânimo está				
8C. Meu comportamento está				
9T. Eu realizo minhas tarefas em casa ou no trabalho				
10CP. Eu posso cuidar de mim mesmo				
11RF. Eu faço coisas para a minha família				
12RS. Eu faço coisas para meus amigos				
13. No geral, minha qualidade de vida está				

Fonte: Instrumento de Williams et al.(1999), validado para a língua portuguesa por Santos (2007).

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: Lidya Tolstenko Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21885513.4.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 514.066

Data da Relatoria: 25/09/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo objetiva avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral (AVC). Trata-se de uma pesquisa descritiva de delineamento transversal, que será realizada em Teresina, em um centro de referência em reabilitação física e/ou motora e na reabilitação de pessoas acometidas por AVC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral.

Objetivos secundários:

- Avaliar a função cognitiva de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral;- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral;- Identificar os domínios de qualidade de vida mais afetados;- Relacionar a qualidade de vida com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas acometidas por esta doença;- Relacionar

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga DG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3215-5734 **Fax:** (86)3215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 514.066

os domínios da qualidade de vida com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas acometidas por esta doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para os sujeitos do estudo são mínimos, mas, entende-se que, no momento em que se entra contato com os pacientes, eles poderão ficar constrangidos com questionamentos que serão feitos, além de poderem ficar temerosos de que as informações fornecidas tornem-se de conhecimento público. Tal risco é minimizado pelo compromisso ético das pesquisadoras em garantir a confidencialidade de dados que poderiam, de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público apenas aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

Benefícios:

Acredita-se que, a partir do conhecimento produzido nesta pesquisa, seja possível prover um perfil global das condições funcionais, psicossociais e da percepção da vida pelo sujeito, direcionando a sua reabilitação e colaborando para uma melhoria deste processo e da sua percepção da qualidade de vida. Além, também, de permitir a formação de subsídios e políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção em saúde ao AVC e, ainda, contribuir no ensino e em pesquisas congêneres, trazendo benefícios técnico-científicos para a Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de delineamento transversal, que será realizado em Teresina, em um centro de referência em reabilitação física e/ou motora e na reabilitação de pessoas acometidas por AVC. A população será constituída por pessoas em tratamento de reabilitação devido ao AVC, no período de coleta de dados, e a amostragem será por conveniência. Para seleção da amostra, serão utilizados os critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, sem limitações cognitivas no Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e sem limitações que impeçam as respostas às questões dos instrumentos utilizados. Será considerado critério de exclusão: possuir comorbidade

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
 Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3215-5734 Fax: (86)3215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 514.066

neurológica, pois a sua coexistência poderá confundir se os resultados obtidos são advindos do AVC. As variáveis do estudo serão: qualidade de vida; idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação atual e anterior, renda mensal; arranjos familiares (número e pessoas com quem reside), cuidador (presença e pessoa que desempenha essa função); tipo de AVC, ocorrência de episódios anteriores e data da ocorrência, hospitalização e tempo de hospitalização, comorbidades, fatores de risco, sequelas após a doença; tratamentos de reabilitação que está realizando, resultados percebidos após o tratamento, tempo que já está em reabilitação e quanto tempo ainda permanecerá utilizando os serviços do centro. Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: o MEEM para avaliar a função cognitiva e selecionar aqueles que são aptos a responderem o instrumento de qualidade de vida; um roteiro estruturado para obter os dados sociodemográficos, de apoio familiar e relacionados à saúde dos indivíduos pesquisados; e a Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), versão validada no Brasil, para avaliação da qualidade de vida. O procedimento para coleta de dados se realizará antes ou após o atendimento dos diferentes profissionais do centro de reabilitação, conforme a disponibilidade dos sujeitos. Para a análise de dados será construída uma planilha eletrônica no programa Excel e os dados coletados serão digitados, em dupla entrada, para verificação da consistência entre as duas bases. Os dados serão, então, importados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) para análise. A técnica de estatística descritiva será utilizada para análise de todas as variáveis, para as variáveis categóricas serão apuradas as frequências absolutas e percentuais e para as variáveis numéricas serão calculadas médias e desvio-padrão. Para análise inferencial dos dados, serão utilizados testes estatísticos: T Student, Teste Mann-Whitney, ANOVA, Kruskal-Wallis e para a correlação entre variáveis quantitativas contínuas será utilizada a Correlação de Pearson.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão apresentados.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
 Bairro: Ininga DG10 CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 514.066

Recomendações:

Recomenda-se, apenas, corrigir o endereçamento da carta de encaminhamento ao CEP/UFPI, na qual o nome do coordenador deve ser corrigido para Alcione Correa Alves (em vez de "Barros"), a fim de evitar prejuízo em trâmites posteriores do processo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 22 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215--5734 Fax: (863)215--5560 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral”

Pesquisador responsável: Lídyia Tolstenko Nogueira

Pesquisador participante: Mary Ângela de Oliveira Canuto

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (086) 9982-2495 e 3215-5558

Local da coleta dos dados: Centro Integrado de Reabilitação (CEIR)

Prezado(a) Senhor(a):

• Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas destes instrumentos de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder aos questionários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral em Teresina-PI.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos instrumentos da pesquisa, que serão: o Mini Exame do Estado Mental, um formulário com perguntas fechadas e abertas e a Stroke Specific Quality of Life Scale- SS-QOL - adaptada para a língua portuguesa, respondendo às perguntas que abordam questões para avaliar sua função cognitiva, dados sociodemográficos, de arranjo familiar, relacionados à saúde e para avaliar sua qualidade de vida.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, ____ de _____ de 2014.

Assinatura

Nº. identidade

Lídy Tolstenko Nogueira
Pesquisadora responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.