PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração em Saúde e Ambiente.

IANDRA MARIA PINHEIRO DE FRANÇA COSTA

Orientador: Francisco Prado Reis, Dr.

ARACAJU

Março - 2008

Ficha catalográfica: Delvânia Rodrigues dos Santos Macêdo
CRB – 5/1425

C837q Costa, Iandra Maria Pinheiro de França.
A qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico (AVE) / Iandra Maria Pinheiro de França Costa ; orientação [de] Francisco Prado Reis. – Aracaju : UNIT, 2008.

67 p. ; 30 cm
Inclui bibliografia.
Dissertação(Mestrado em saúde e ambiente) – Universidade Tiradentes

1. Acidente vascular encefálico. 2. Derrame cerebral - pacientes – qualidade de vida. 3. SF – 36. 4. Índice de Barthel. I. Reis, Francisco Prado (orient) II. Título.

CDU: 616.831-005.1

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Iandra Maria Pinheiro de França Costa

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

Francisco Prado Reis, Dr.
Orientador

Cristiane Costa da C. Oliveira, Dr.

Antônio Fernandes Júnior, Dr

Sônia Oliveira Lima, Dr

Vera Lúcia Correia Feitosa, Dr

ARACAJU

Março - 2008

DEDICATÓRIA

À minha filha, **Lara**, que é a minha grande fonte de inspiração. O seu nascimento durante a realização do curso de mestrado fez com que eu enxergasse o mundo com outro olhar, trouxe mais alegria e luz para minha vida.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, primeiramente, pela vida e pelas pessoas que colocou ao meu lado, para que fossem essenciais para a realização deste trabalho.

À minha família, em especial:

Ao meu esposo, Jorge, o meu maior incentivador desde o início. Obrigada pelo apoio incondicional que me foi dado em cada momento desse curso de mestrado;

Aos meus pais, Batista e Leninha, que sempre foram os meus referenciais, fazendo sempre com que eu me inspirasse em vocês para a concretização dos grandes objetivos na minha vida;

Às minhas irmãs, Carol e Roberta, que mesmo sendo mais novas que eu, são exemplos para mim. Obrigada pelas vezes que ficaram com Lara para que eu dispensasse a atenção ao curso de mestrado;

À minha sogra, Marilene, obrigada pela grande torcida a meu favor, sempre;

Ao professor Francisco Prado Reis, meu orientador, por ter acreditado e confiado nos meus objetivos desde o primeiro momento. Obrigada pelas orientações, pelas críticas sempre tão gentis, pelo “olhar detalhado” e pelo incentivo para o meu crescimento na vida acadêmica.

A Aderval e Marco Prado, que sempre me deram apoio e instrumentos necessários para que eu realizasse a pesquisa com sucesso.

A todos os colegas do curso de mestrado em Saúde e Ambiente, em especial, à Simone e Mara, que demonstraram ser verdadeiras amigas durante esse tempo, não medindo esforços no compartilhamento dos conhecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....7

LISTA DE FIGURAS.....8

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES.....9

RESUMO.....10

ABSTRACT.....11

1. **INTRODUÇÃO**.....12
2. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Capítulo 1 – Qualidade de Vida.....15
Capítulo 2 – A qualidade de vida de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico..... 18
Referências Bibliográficas..... 22
Capítulo 3 – ARTIGO..... 25

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
THE QUALITY OF LIFE OF SURVIVORS PATIENTS TO STROKE

3. CONCLUSÃO GERAL……46

ANEXOS ou APÊNDICES.....47

A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....48

B –SF-36.....49

C –ÍNDICE DE BARTHEL.....55

D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....57

E –ESCORES DA CORRELAÇÃO ENTRE SF-36 E IB.....58

F –FIGURA DE CORRELAÇÃO ENTRE O DOMÍNIO CF DO SF-36 E IB..... 59

G –PONTUAÇÃO DO SF-36.....60

H –TABELA DINÂMICA COM DADOS DOS PACIENTES.....62

I – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA.....66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do sexo, presença do cônjuge, escolaridade, lado do corpo dominante, hemicorpo afetado e presença de hemiplegia no hemicorpo dominante na população de estudo.....34

Tabela 2: Tabela 2: Relação entre a média de escores dos domínios do SF-36 e as variáveis gênero, faixa etária, hemicorpo afetado, tempo pós-AVE e lado da hemiplegia.....35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição dos escores do questionário qualidade de vida SF-36..... 33

Figura 2: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável gênero..... 35

Figura 3: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável faixa etária.....36

Figura 4: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável hemicorpo afetado..... 36

Figura 5: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da faixa de tempo decorrido pós-AVE.....37

Figura 6: Média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável presença de hemiplegia no hemicorpo dominante.....38

Figura 7: Correlação entre o domínio do SF-36 capacidade funcional (CF) e os índices de Barthel..... 59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AITS	- Ataques Isquêmicos Transitórios
AS	- Aspectos Sociais
AVD's	- Atividades da Vida Diária
A.V.E	- Acidente Vascular Encefálico
C.E.P	- Comitê de Ética e Pesquisa
CF	- Capacidade Funcional
DCN T	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOR	- Dor Corporal
E.G.S	- Estado Geral de Saúde
FIM	- Function Independence Measure
HRQOL	- Health-Related Quality Of Life
I. B	- Índice de Barthel
L.A.E	- Limitação por aspectos Emocionais
L.A.F	- Limitação por aspectos Físicos
O.M.S	- Organização Mundial da Saúde
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	- Short Form 36
S.M	- Saúde Mental
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIT	- Universidade Tiradentes
VIT	- Vitalidade

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Iandra Maria Pinheiro de França Costa

A preocupação com o tema qualidade de vida (QV) é antiga, acompanha o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade. Na Antiguidade, filósofos, como Aristóteles, tentaram descrever o que seria vida com qualidade. No tocante à saúde, a qualidade de vida passou a envolver o grau de satisfação em relação à vida e, principalmente, considerar a visão sob a ótica do próprio paciente. Em decorrência disso, existe uma tendência consensual para se mensurar a qualidade de vida visando avaliar os impactos das enfermidades e seus tratamentos. Os avanços científicos e tecnológicos atuais se refletem na medicina e nos tratamentos clínicos utilizados aumentando a expectativa de vida da população e, consequentemente, a prevalência de doenças como o Acidente Vascular Encefálico (A.V.E). Esta é uma doença mais incapacitante do que fatal, geralmente produz vários tipos de seqüelas, interferindo diretamente nas Atividades da Vida Diária (AVD's). O estilo de vida do homem moderno, o stress, hábitos alimentares, uso de anticoncepcionais, as drogas como o cigarro, entre outras, parece representar fator de risco para o A.V.E. O presente estudo objetivou verificar a qualidade de vida existente entre pacientes hemiplégicos sobreviventes ao A.V.E. A pesquisa foi realizada na clínica escola de Fisioterapia da Universidade Tiradentes (UNIT), onde 50 pacientes foram avaliados pela aplicação de dois questionários sobre qualidade de vida: o SF-36 e o índice de Barthel (IB). Os pacientes tiveram uma média de idade de 56 anos e apresentaram baixa escolaridade. Os homens e os pacientes mais jovens tiveram melhor QV quando comparados às mulheres e aos pacientes mais idosos, respectivamente. No entanto, o tempo pós-AVE e a presença da hemiplegia no hemicorpo dominante tiveram poucos impactos para a QV da amostra estudada. Em geral, o domínio do SF-36 mais afetado foi o de limitações por aspectos físicos (LAF). Houve uma forte correlação entre o domínio capacidade funcional (CF) e o IB. Esta ocorrência, do nosso ponto de vista, demonstra que o uso de instrumentos como o SF-36 e o IB são válidos para avaliação da QV. Dessa maneira ainda supomos que esses instrumentos podem colaborar efetivamente para orientação e avaliação dos tipos de acompanhamentos e tratamentos empregados para reabilitação de indivíduos sequelados após sofrerem AVE.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Acidente Vascular Encefálico, SF-36, índice de Barthel.

ABSTRACT

THE QUALITY OF LIFE FOR SURVIVORS PATIENTS OF STROKE

Iandra Maria Pinheiro de França Costa

The concern with the subject quality of life (QOL) is old, accompanying the historical and cultural development of mankind. In ancient times, philosophers like Aristotle, tried to describe what it would be life with quality. With regard to health the quality of life started to involve the degree of satisfaction in relation to life and, above all, consider the view from the perspective of the patient. As a result, there is a tendency to consensual measure the quality of life aiming to assess the impact of diseases and their treatments. Advances in science and technology are reflected in current medicine and clinical treatments used in increasing the life expectancy of the population and, therefore, the prevalence of diseases such as Stroke. This is a disease more disabling than fatal, usually produces several types of sequels, interfering directly in Activities of Daily Living. The way of life of modern man, stress, diet, use of contraceptive, drugs such as tobacco, among others, seems to represent a risk factor for the stroke. This study aims to verify the quality of life between patients victims of stroke. The research was conducted in clinical School of Physiotherapy at the University Tiradentes (UNIT), where 50 patients are interviewed by applying are two questionnaires about quality of life: the SF-36 and the Barthel Index (BI). The patients had a mean age of 56 years and had low education. The men and younger patients had better QL when compared to women and older patients, respectively. However, the time post-stroke and hemiplegia in the presence of the dominant side of body had little impact to the QL of the sample studied. Generally, the domain of the SF-36 was the most affected Role Physical (RP). There was a strong correlation between the physical functioning (PF) and IB. This occurrence, from our point of view shows that the use of instruments such as the SF-36 and IB are valid for evaluation of QL. Thus even assume that these instruments can collaborate effectively for guidance and evaluation of the types of funnels and treatments used for rehabilitation of individuals after suffering stroke.

Keywords: Quality of Life, Stroke, SF-36, the Barthel index.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação em definir o significado de qualidade de vida (QV) parece acompanhar o próprio desenvolvimento da civilização. Diferentes referenciais filosóficos conceituaram o que seria vida com qualidade. Aristóteles entendia que a vida com qualidade referia-se aos sentimentos relacionados à felicidade e ao bem-estar (DINIZ e SCHOR, 2006).

BUSS (2000) afirmou que o tema saúde e condições de vida remonta ao nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX. A literatura médica parece indicar que o termo "qualidade de vida" surgiu por volta da terceira década do século passado. As primeiras definições predominaram até a década de 80 e quase que se limitavam à avaliação do grau de satisfação do indivíduo em relação à vida. Segundo BUCK (2000) e SEIDL e ZANNON (2004), já na década de 90, ocorreu uma ampliação desse conceito que se tornou mais abrangente e multidimensional, passando a considerar os domínios físico, social e mental como os principais representantes da qualidade de vida.

Entre os estudiosos da área parece existir um consenso de que a qualidade de vida apresenta mais de um aspecto relevante, sendo multidimensional e subjetiva. Isto porque envolve a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e sobre o contexto de sua vida. A Organização Mundial da Saúde (O.M. S) define qualidade de vida como a *"percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*". Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (SEIDLe ZANNON, 2004).

Para MINAYO *et al* (2000), qualidade de vida é uma questão eminentemente humanitária, relacionada ao grau de satisfação do indivíduo em diversas esferas de sua vida (familiar, amorosa, social e ambiental). Os vários significados atribuídos à qualidade de vida estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente às questões ambientais e de saúde pública.

Na área de saúde existem duas tendências para a conceituação da qualidade de vida. Uma considera qualidade de vida como um conceito mais genérico e a outra considera que a qualidade de vida está relacionada à saúde (QVRS). Esta é mais recente, surgiu há aproximadamente três décadas, faz menção a disfunções e agravos (DINIZ e SCHOR, 2006). Seus adeptos tendem a realizar mensurações visando avaliar os impactos produzidos pelas diversas enfermidades e os respectivos tratamentos utilizados. Em decorrência disso, cresce a disponibilidade de instrumentos utilizados na avaliação da

qualidade de vida dos pacientes, incluindo dados sobre condição e funcionamento físico, psicológico e social.

Contribui para o aumento do interesse pelo estudo da “qualidade de vida” a mudança na forma de avaliar a condição geral do paciente. Esta passou a ser realizada pelos profissionais responsáveis pelo tratamento e, também, pelo próprio paciente. A necessidade de incorporar valores e preferências dos pacientes é que distingue qualidade de vida de outras manifestações de saúde (KING, 1996).

Poder mensurar a QV tornou-se um grande avanço na área da saúde, pois com isso avalia-se a qualidade dos serviços de saúde, a prevenção de incapacidades e a restauração de funções, levando em consideração diversos aspectos da vida do indivíduo. Sem uma avaliação da QV, no entanto, um tratamento pode ser considerado vitorioso apesar do pobre funcionamento psicossocial ou ajustamento para a doença (BUCK *et al,*2000).

A QV parece ser mais abrangente que a QVRS, pois envolve aspectos de experiências que vão além da saúde, como a segurança, o bem-estar, padrões espirituais e o ambiente (MAYO *et al*, 2002).

A avaliação da qualidade de vida tem despertado o interesse dos serviços de saúde por avaliar indicadores consistentes como mortalidade, hospitalização, reabilitação e consumo de recursos sanitários. Os avanços tecnológicos e científicos modernos viabilizaram o controle epidemiológico, possibilitaram a recuperação e, consequentemente, o prolongamento da expectativa de vida do homem. Por outro lado, surgiu um novo problema que é o predomínio das doenças crônicas e a mudança da visão do ser humano, antes visto como mero organismo biológico que deveria ser separado e, hoje, como um agente social (DINIZ e SCHOR, 2006).

O aumento da expectativa de vida produziu uma mudança no perfil de morbidade de doenças como o Acidente Vascular Encefálico (A.V. E), doença considerada como a terceira causa de mortalidade nos países desenvolvidos, e a primeira causa de incapacidades neurológicas. Os sobreviventes do A.V. E constituem a maioria dos pacientes que integram a categoria dos indivíduos envolvidos na reabilitação neurológica (HOPMAN e VERNER 2003). Esses pacientes sofrem uma deterioração da qualidade de vida resultante das limitações e incapacidades de ordem física e cognitiva, além dos desajustes familiares que podem ser causados pela situação de dependência física, psicológica e/ou econômica, e até mesmo de exclusão social.

Para PERLINI e FARO (2005), no Brasil, particularmente, o AVE é uma doença grave, que gera, na maioria das vezes, incapacidades crônicas, com perda da independência, afetando os domínios físico, psicológico e social, acarretando não só déficits individuais, mas também coletivos, pois afeta toda a família e sociedade.

MAYO *et al* (2002) relataram que o crescimento das incidências e prevalências das doenças crônicas levou ao aumento do número de pessoas que se necessitam dos serviços de saúde para tratamentos de reabilitação com o objetivo maior de reintegração à sociedade.

Enfermidades crônicas, como o A.V.E, parecem estar relacionadas com fatores ambientais e estilo de vida do homem moderno. No entanto, no Estado de Sergipe, são escassos os estudos sobre o assunto. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos/hemiparéticos sobreviventes de A.V. E. Nesse estudo foi realizada a avaliação da qualidade de vida considerando a distribuição segundo o gênero e faixa etária além de verificar o impacto do lado da hemiplegia/hemiparesia e o tempo pós-A.V.E.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Capítulo 1 - QUALIDADE DE VIDA

O tema qualidade de vida acompanha o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade, como visto nas tentativas de conceituação do termo "qualidade de vida" (QV), por alguns filósofos. Aristóteles (384-322 a.C) mencionou: "*Pessoas distintas concebem "boa vida" ou "bem-estar" como sendo a mesma coisa que "felicidade". Mas o que é felicidade torna-se uma questão de contestação (...) alguns afirmam que é uma coisa e outros dizem que é outra e, de fato, muito frequentemente o mesmo homem diz diferentes coisas em tempos diferentes: quando ele adoece, ele concebe saúde como sendo felicidade, quando ele empobrece, como riqueza e prosperidade."* Desde essa época, observa-se que a qualidade de vida (QV) já traz uma percepção individual, que varia de acordo com as experiências pessoais de cada um em um dado momento. (DINIZ e SCHOR, 2006).

BUSS (2000) faz referência sobre a influência da saúde sobre as más condições de vida e vice-versa e cita que Johann Peter Frank, já no século XVIII discorria sobre qualidade de vida ao relacionar a pobreza às condições de vida do trabalho e de nutrição e suas conseqüências para a saúde.

Até o século XX, a expressão qualidade de vida parece ter sido utilizada apenas informalmente, baseada apenas em conhecimento intuitivo, sem definições de cunho científico e com escassas referências na literatura médica. Na década de 90, foi admitida a QV como um construto subjetivo, correspondendo à maneira como o indivíduo se percebia, de forma multidimensional, em diferentes dimensões envolvendo aspectos sociais, espirituais, psicológicos, físicos e níveis de independência. (BUCK *et al*, 2000; SEIDL e ZANON, 2004).

Quanto à questão da saúde, um dos maiores avanços se relaciona à definição proposta pela O.M. S, onde a saúde é percebida "como o completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doenças", sendo resultado, muitas vezes, de fatores hereditários, ambientais e do estilo de vida que se vive o que representa também uma nova abordagem sobre a qualidade de vida. (SEIDL e ZANON, 2004).

De acordo com BELASCO e SESSO (2006), a busca incessante pela qualidade de vida agrega valores como a necessidade de equidade social, diversidade ecológica e cultural, transformação do modo de vida do homem urbano consumista, melhor distribuição de renda e acesso aos bens e aos serviços de saúde. Para BUSS (2000), em países como o Brasil, onde há má distribuição de renda, baixo grau de escolaridade e são precárias as condições de habitação e ambiente, é forte o impacto sobre a qualidade de vida e saúde.

A qualidade de vida parece envolver desde as necessidades humanas básicas, como condições de moradia, saneamento básico, acesso ao sistema de saúde, condições econômicas, como também aspectos subjetivos, como percepções pessoais dos indivíduos sobre a qualidade de vida, que varia conforme a pessoa e o estrato social (BELASCO e SESSO , 2006). Para MINAYO *et al* (2000), a qualidade de vida estaria relacionada ao grau de satisfação da vida familiar, amorosa, social e ambiental e representa um resumo cultural dos elementos que uma determinada sociedade considera como bem-estar, além de ser influenciada por fatores históricos, pois depende do contexto atual em que se vive, e por fatores sociais, já que se relaciona à camada social a que se pertence. A qualidade de vida parece ser um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais, influenciado por fatores como condições de saúde, moradia, renda, humor e auto-estima. Atualmente, é forte a tendência de se dar ênfase à qualidade de vida ligada ao ambiente e às questões de degradação ambiental, como a exploração de bens naturais, como o solo, a água, a poluição do ar e vegetação entre outros. (BELASCO e SESSO, 2006; MINAYO *et al,* 2000).

Um dos grandes avanços na área da saúde tem sido a possibilidade de monitoração da qualidade de vida, através da mensuração da qualidade dos serviços prestados, assim como a prevenção de incapacidades e restauração de funções. Tais fatos são bem diferentes das avaliações em saúde até então realizadas, que apenas tratavam de indicadores de mortalidade e morbidade (DUARTE *et al* 2003).

Esta nova abordagem é a chamada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Ela é recente na literatura médica, com uma história de aproximadamente três décadas e que através da versão inglesa de *health-related quality of life* (HRQOL), *"corresponde ao valor atribuído à duração da vida quando modificada por percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado das intervenções".* (MAYO *et al*, 2002; MINAYO *et al*, 2000).

Para a O.M. S, a QVRS mensura funções físicas, mentais (emocional, cognitiva) e sociais, assim como percepções individuais de saúde e bem-estar. É também definida como o valor que se atribui à duração da vida, modificada por estatus funcional, percepções e oportunidades e influenciada por doenças, tratamentos e modo de agir do indivíduo (MAYO *et al* 2002; MADDEN *et al* 2006), tornando-se um importante instrumento de mensuração para avaliar os serviços de saúde, sejam eles preventivos ou de reabilitação. (MURPHY *et al*, 2001). A inclusão da QV na área da saúde parece ter sido devido à necessidade de avaliar, principalmente, pacientes sem muitas perspectivas de cura, como aqueles com câncer na década de 70, onde o objetivo principal era fornecer o bem-estar. (DINIZ e SCHOR, 2006).

A QVRS é uma derivação da QV e inclui as dimensões físicas, psicológicas e sociais relacionadas à saúde, pois quando se trata somente do termo QV não se faz referências apenas à saúde e sim a outros aspectos da vida do indivíduo, tais como situação econômica, crenças e qualidade do ambiente em que se vive. Para MAYO *et al* (2002), a QV representa o alcance das experiências humanas além da saúde, incluindo áreas como o bem-estar, segurança, espiritualidade e meio ambiente.

A QVRS torna-se importante, pois além de se conhecer o impacto das enfermidades e suas repercussões para a capacidade funcional e modo de vida do indivíduo, leva em consideração a maneira como ele se percebe e valoriza a sua condição (MARTINS *et al*, 2006).

Habitualmente, os instrumentos de QV incluem sintomas, limitações funcionais e percepções gerais de saúde e do bem-estar psicológico e podem ser genéricos ou específicos. Os primeiros não especificam patologias, podem ser usados na população em geral e geralmente incluem grande parte das dimensões da QV; os específicos são utilizados para avaliar especificamente alguma patologia, ou dimensão, ou determinada população, onde há perguntas que refletem um conjunto de sintomas relacionados ao que se pretende examinar. Para DINIZ e SCHOR (2006) o modelo de questionários em QV segue o padrão da teoria das provas (Classical Test Theory), onde se tentam mensurar, objetivamente, estímulos não avaliáveis com tanta precisão, como a dor, por exemplo.

Capítulo 2 - A QUALIDADE DE VIDA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O avanço da ciência e dos tratamentos clínicos observados nos últimos anos têm levado a um aumento da expectativa de vida. Como conseqüência disso houve uma mudança no perfil demográfico, com o aumento da população de idosos, produzindo o aumento da incidência e prevalência das doenças próprias do envelhecimento (ALVES e RODRIGUES, 2005; MAYO *et al*, 2002).

Com as transformações na estrutura populacional, têm ocorrido mudanças no perfil de morbidade e mortalidade de algumas doenças, sobretudo nas últimas décadas do século passado, direcionando o perfil epidemiológico de predomínio de doenças infecto-parasitárias para as doenças crônicas não transmissíveis (D.C.N.T) (PERLINI e FARO, 2005). Esses autores destacaram que a partir da década de 60, observou-se no Brasil, um aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente das doenças cardiovasculares, que suplantaram as doenças infecciosas e parasitárias como causa de morte.

MAKYAMA *et al* (2004) relataram que a prevalência do A.V.E é alta e apesar da taxa de sobrevida ser elevada, atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência.

Entre as doenças crônico-degenerativas, as vasculares cerebrais se constituem na terceira causa de morte em todo o mundo, precedidas apenas pelas cardiopatias em geral e o câncer, e na primeira causa de incapacidades, resultando em grande problema para a saúde pública (HACKETT *et al.*, 2000; VAN DEN BOSS *et al*, 2002; WILLIAMS *et al.*, 1999; XIE *et al*, 2006).

Para MATOS *et al* (2004) as doenças vasculares têm papel indiscutível nos índices de morbidade e mortalidade do mundo ocidental, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento e o grupo de doenças liderado pelas cardiopatias isquêmicas e pelos acidentes vasculares encefálicos (A.V.Es), será provavelmente, de acordo com as projeções para o ano de 2020, a primeira causa de morte e de anos de vida perdidos com incapacitações.

No Brasil, o AVE corresponde a um terço dos óbitos produzidos pelas enfermidades circulatórias durante um ano e ocupa um lugar de destaque junto aos problemas cardiovasculares (AIDAR *et al*, 2007).

O A.V.E, até o presente, aparece com grande predominância entre as doenças vasculares encefálicas e pode ser definido como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, durando mais que vinte e quatro horas ou levando à morte sem nenhuma outra aparente causa. Mais incapacitante do que fatal, o A.V.E pode ser decorrente de várias causas e ter diferentes manifestações clínicas,

implicando em altos custos financeiros, gastos tanto em atendimentos à saúde quanto em perda de produtividade (MAKIYAMA *et a*l, 2004; MARTINS *et al*, 2006; ROWLAND, 2002).

Muitos são os fatores de risco que podem estar envolvidos na manifestação de um A.V.E. De acordo com SACCO (2002), o A.V.E compreende fatores de risco passíveis ou não de modificação. Este último grupo parece envolver o mais forte determinante dos acidentes vasculares encefálicos: a idade, pois quanto maior ela for, maior é a incidência desta doença, evidenciado pela maioria dos AVEs ocorrendo em pessoas acima de 65 anos. Além disso, para MAYO *et al* (2002) com o aumento da longevidade ocorrida nos últimos anos há uma tendência de maior incidência e prevalência dos AVEs, e consequentemente de mais pessoas incapacitadas. De acordo com MARTINS *et al* (2006), a incidência dos A.V.Es parece ser maior em homens com história familiar de acidente vascular encefálico.

Entre os fatores de risco que podem ser modificáveis, estariam condições predisponentes que se originaram antes do evento, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, tabagismo, abuso de álcool, estenose carotídea assintomática e história de Ataques Isquêmicos Transitórios (AITs) (SACCO, 2002).

A hipertensão parece ser, depois da idade, o fator de risco mais grave para desencadear o A.V.E, pois o risco de desenvolvê-lo aumenta consideravelmente quando se tem um aumento das pressões sistólica ou diastólica (ou ambas), pela progressão da aterosclerose e acometimento de pequenos vasos. Outros fatores de risco para o desencadeamento dos AVEs parecem ter relação com o uso de anticoncepcionais orais, abuso de drogas, o ronco e enxaqueca. Embora os dados epidemiológicos tenham mostrado uma tendência ao declínio da mortalidade, o que se pode esperar é que esse declínio na incidência venha a produzir uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais, relacionadas ao AVE, já que ele é responsável por variados déficits neurológicos (SACCO, 2002). XIE *et al* (2006), ao pesquisarem a qualidade de vida de pacientes que tiveram A.V.E, observaram que eles possuíam alta prevalência de hipertensão, diabetes, doenças coronarianas, outras doenças do coração e condições cardiovasculares, quando comparados à população normal.

Considerada a mais incapacitante das doenças crônicas, o AVE não afeta somente o indivíduo acometido pela doença, mas toda a sua família e a sociedade e ,muitas vezes, o sobrevivente ao AVE depende de algum cuidador para realizar parcial ou totalmente as atividades da vida diária (AVD’s), e é impedido de executar, como anteriormente, as funções em casa ou no trabalho, o que resulta num aumento considerável das pessoas que procuram e utilizam os serviços de saúde objetivando a reabilitação e reintegração à comunidade (MARTINS *et al*, 2006; MAYO *et al*, 2002).

KONG e YANG (2006) observaram, em seus estudos em pacientes com AVE, que apenas 26% deles estavam aptos ao retorno das suas funções no emprego e que 24% gastavam dinheiro com algum cuidador.

Para PERLINI e FARO (2005), no Brasil, particularmente, o AVE é uma doença grave, que gera, na maioria das vezes, incapacidades crônicas, com perda da independência, afetando os domínios físico, psicológico e social, acarretando não só déficits individuais, mas também coletivos. HOPMAN e VERNER (2003) descreveram que, na maioria dos casos, os indivíduos que sofreram A.V.E são predispostos à sequelas incapacitantes, com limitações motoras, como a paralisia de um lado do corpo, alterações sensorais, déficits de linguagem, que se traduzem pelo comprometimento na expressão e/ou compreensão e déficits cognitivos, e que impedem, de várias maneiras, a realização das Atividades da Vida Diária (AVD's).

HOPMAN e VERNER (2003) destacaram ainda que o maior contingente de pacientes na reabilitação é o de pacientes sequelados por AVE e que eles constituem também a terceira maior extensão de permanência nas instituições especializadas, pois a reabilitação parece maximizar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), o que segundo APRILE *et al* (2006) possui o efeito mais relevante após o AVE, do ponto de vista do paciente.

HACKETT *et al* (2000), usando o SF-36 (Short Form 36), concluíram que a qualidade de vida é relativamente boa para pacientes sobreviventes ao AVE e quando comparados à população normal, o domínio Capacidade Funcional (CF) foi o que obteve menor escore. MADDEN *et al* (2006), utilizando a escala FIM (Function Independence Measure) e o SF-36 (Short Form 36) detectaram boas evoluções na qualidade de vida de pacientes sobreviventes de AVE submetidos à reabilitação.

MAYO *et al* (2002) relataram que muitos avanços têm sido realizados com o objetivo de prevenção e tratamento dos casos de AVEs, mas como estes se configuram em uma doença crônica prevalente, o número de indivíduos com as manifestações clínicas do A.V.E tem crescido, o que resulta também num aumento do número de pacientes que desejam se reintegrar à sociedade, e consequentemente um aumento do número de pacientes que procuram os serviços de reabilitação para prevenção de deteriorações e promoção da qualidade de vida.

Para HOLMQUIST e KOCH (2001), a reabilitação do sobrevivente ao AVE tem sido descrita como o processo no qual o paciente e o sistema de saúde interagem para o alcance da realização das atividades o mais próximo do nível funcional.

Além disso, nesse processo de reintegração, os desejos e percepções dos pacientes são fundamentais para suas evoluções. Dessa forma, a motivação influencia a recuperação, pois é um incentivo para o ato e parece ser influenciada pela idade, gênero,

personalidade, formação educacional e social, experiência, capacidades de enfrentar problemas, estilo de vida e fatores ambientais, os quais juntos formam o contexto para a reabilitação.

HOLMQUIST E KOCH (2001), num estudo sobre a influência de fatores ambientais na reabilitação de pacientes sobreviventes de AVE, observaram que os pacientes submetidos à reabilitação em casa tiveram iniciativa e expressaram melhor seus objetivos em relação àqueles que tiveram a reabilitação durante a hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDAR, F. J; SILVA, A. J; REIS, V. M; CARNEIRO, A; CARNEIRO-COTTA, S. Estúdio de la calidad de vida en accidente vascular isquêmico y su relación com la actividad física. *Rev Neurol*, v. 45 (9), p. 518-522, 2007.

ALVES, L. C; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 17 (516), p. 333-341, 2005.

APRILE, I; PIAZZINI, D. B; BERTOLINI, C; CALIANDRO, P; PAZZAGLIA, C; TONALI, P; PADUA, L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci*, v. 27, p. 40-46, 2006.

BELASCO, A. G. S; SESSO, R de C. C. Qualidade de vida: Princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP- Escola Paulista de Medicina**, 1 ed, cap. 1, São Paulo: Manole, 2006.

BUCK, D.; JACOBY, A; MASSEY, A; FORD, G. Evaluation of Measures Used to Assess Quality of Life After Stroke. *Stroke***,** p. 2004-2010, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida**.** *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 05 de Julho de 2006.

DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP – Escola Paulista de Medicina**, 1 ed. São Paulo: Manole, 2006.

DUARTE, P. S; MIYAZAKI, M. C. O. S; CICONELLI, R. M; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. Rev*. Assoc. Méd. Bras*, 49 (4), 2003.

HACKETT, M. L; DUNCAN, J. R; ANDERSON, C. S; BROAD, J. B; BONITA, R. Health – Related Quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland stroke study, 1991-1992. *Stroke*, 31, p. 440-447, 2000.

HOLMQVIST, L. W; KOCH, L. V. Environmental factors in stroke rehabilitation. *BMJ*, 322, p. 1501-1502, 2001.

HOPMAN, W. M; VERNER, J. Quality of life and after Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke***,** v.34; p.801-805, 2003.

KING, R.B. Quality of Life After Stroke. *Stroke*, 27 (9), p. 1467-1472, 1996.

KONG, K.H; YANG, S.Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*, 47 (3), p. 213-218, 2006.

MADDEN, S; HOPMAN, W. M; BAGG, S; VERNER, J; O'CALLAGHAN, C. J. Funcional Status and health-related quality of life during inpatient stroke Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*, v.85, p.831-838, 2006.

MAKIYAMA, T. Y; BATTISTELLA, L. N; LITVOC, J; MARTINS, L. C. Estudo sobre a qualidade de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatra*, 11 (3), p. 106-109, 2004.

MARTINS, T; RIBEIRO, J, P; GARRET, C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por um accidente vascular cerebral: evaluácion nueve meses después del alta hospitalar. *Revista de Neurologia*, 42 (11), p. 655-659, 2006.

MAYO, N. E; WOOD-DAUPHINEE, S; CÔTÉ, R; DURCAN, L; CARLTON, J. Activy, Participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, p. 1035-1042, 2002.

MATOS, M. de F. D; SOUZA e SILVA, N. A; PIMENTA, A. J. M; DA CUNHA, A. J. L. Prevalência dos fatores de risco para doença Cardiovascular em funcionários do centro de pesquisas da Petrobrás. *Arq Bras Cardiol*, 82 (1), p. 1 - 4, 2004.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em http://www.scielo.br. Acesso em 05 de Julho de 2006.

MURPHY, R; SACKLEY, C. M; MILLER, P; HARWOOD, R, H. Effect of experience of severe stroke on subjective valuations of quality of life after stroke. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 70, p. 679-681, 2001.

PERLINI, N. M. O. G; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (2), p.154-163, 2005.

ROWLAND, L.P; **Merrit: Tratado de Neurologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SACCO, R. L. Patogênese, Classificação e epidemiologia das doenças Vasculares Cerebrais. In: ROWLAND, L.P. **Merrit Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 184-194.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em http://www.scielo.br. Acesso em 05 de julho de 2006.

VAN DEN BOSS, G. A. M; SMITS, J. P. J. M; WESTERT, G. P; VAN STRATEN, A. Socieconomic variations inthe course of stroke: unequal health outcomes, equal care?. *J. Epidemiol. Community Health*, 56, p. 943-948, 2002.

XIE, J; WU, EQ; ZHENG, Z. J; CROFT, J. B; GREENLUND, K. J; MENSAH, G. A; LABARTHE, D. R. Impacto of stroke on Health-Related Quality of Life in the Noninstitutionalized Population in the United States. *Stroke*, 37, p. 2567-2572, 2006.

WILLIAMS, L. S; WEINBERGER, M; HARRIS, L. E; CLARK, D. O; BILLER, J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30, p. 1362-1369, 1999.

Capítulo 3: ARTIGO

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

THE QUALITY OF LIFE FOR SURVIVORS PATIENTS TO STROKE

A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Iandra Maria Pinheiro de França Costa

O aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas tem levado a mudanças no panorama de predomínio das doenças infecto-parasitárias para as doenças crônicas não transmissíveis (D.C.N.T). Dentre essas, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que é mais incapacitante que fatal e afeta não somente o indivíduo, pelas seqüelas que pode gerar, como toda a sua família e sociedade, comprometendo, muitas vezes, a qualidade de vida (QV). A partir da década de 90, o termo QV parece envolver, além da satisfação do indivíduo em relação à vida, os domínios físico, social e mental. Um dos grandes avanços na área da saúde tem sido a possibilidade de monitorar e mensurar a QV dos serviços prestados, principalmente sob a ótica do paciente. O objetivo geral deste estudo foi avaliar a QV dos pacientes sobreviventes ao AVE, e especificamente avaliar a capacidade funcional, o desempenho social e comportamento emocional. O estudo foi do tipo transversal, realizado no Centro de Reabilitação Leonor Barreto Franco, na cidade de Aracaju, onde foi aplicado o questionário de QV, o SF-36 (Short Form 36), nos pacientes sobreviventes ao AVE. Para a pesquisa foram consideradas as variáveis gênero, idade, lado da hemiplegia, tempo pós-AVE e presença ou não da hemiplegia no hemicorpo dominante. Foram avaliados 50 pacientes, cuja média de idade foi de 56 anos. A maioria possuía baixa escolaridade e tinham o lado direito do corpo como o mais hábil para a execução de tarefas. Apenas 3 dos 8 domínios do SF-36 apresentaram baixos escores. O AVE traz grandes repercussões para QV, principalmente quando vem acompanhado de incapacidades físicas. No presente estudo os acometimentos mais significativos concentraram-se no domínio capacidade funcional (CF). Os homens e os pacientes mais jovens apresentaram melhor QV quando comparados às mulheres e aos idosos, respectivamente. Os resultados sugerem ainda que, para o presente estudo, o tempo pós-AVE e a presença ou não da hemiplegia no hemicorpo dominante não tiveram impactos significativos para a QV.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Qualidade de vida, SF-36

THE QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS SURVIVORS TO STROKE

Iandra Maria Pinheiro de França Costa

The increase in life expectancy occurred in recent decades has led to changes in the landscape of predominance of infectious and parasitic diseases to chronic diseases not transmissible (DCNT). Among these was the Stroke which is more fatal and disabling that affects not only the individual, for the sequels that can generate, as all his family and society, compromising, often, the quality of life (QOL). From the decade of 90, the term seems QOL involve, besides the satisfaction of the individual in relation to life, the fields physical, social and mental. One of the major advances in health has been the ability to monitor and measure the QOL of the services provided, especially from the perspective of the patient. The general objective of this study was to evaluate the QOL of the patients survived the stroke, and specifically assess the functional capacity, performance, social and emotional behavior. The study was the type cross, held at the Center for Rehabilitation Leonor Barreto Franco, in the city of Aracaju, which was applied to the questionnaire QOL, the SF-36 (Short Form 36), for patients to stroke survivors. To search the variables were considered gender, age, side of hemiplegia, time post-stroke and presence or absence of paralysis in dominant side of body. We evaluated 50 patients, whose average age was 56 years. Most have low education and had the right side of the body as the most skilful for the execution of tasks. Only 3 of 8 domains of the SF-36 had low scores. The AVE brings major repercussions for QV, especially when comes with physical disabilities. In the present study the most significant impairments focused on Physical functioning (PF). The men and younger patients had better QOL when compared to women and the elderly, respectively. The results suggest that, for this study, the time post-stroke and the presence or not of hemiplegia in dominant side of body had no significant impacts for QOL.

Keywords: Stroke, Quality of Life, SF-36.

1. INTRODUÇÃO

As transformações da estrutura populacional e do perfil demográfico, decorrentes do aumento da expectativa de vida e consequentemente do aumento da população de idosos ocorridos nas últimas décadas, tem direcionado o perfil epidemiológico de predomínio das doenças infecto-parasitárias para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (PERLINI e FARO, 2005). Esses autores destacaram ainda que a partir da década de 60, ocorreu no Brasil, um aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente das doenças cardiovasculares, que suplantaram as doenças infecciosas e parasitárias como causa de morte.

Entre as doenças crônico-degenerativas, o acidente vascular encefálico (AVE) é a terceira causa de morte em todo o mundo, precedido apenas pelas cardiopatias em geral e o câncer, e primeira causa de incapacidades permanentes nos países ocidentais, motivos pelos quais se constitui em grande problema para a saúde pública (AIDAR *et al*, 2007; HACKETT *et al*., 2000; VAN DEN BOSS, 2002; WILLIAMS *et al.*, 1999; XIE et al, 2006). No Brasil, entre as enfermidades circulatórias, os AVEs correspondem a um terço dos óbitos ocorridos durante um ano (AIDAR *et al*, 2007).

O AVE pode ser definido como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, durando mais que vinte e quatro horas ou levando à morte sem nenhuma outra aparente causa. Mais incapacitante do que fatal, o AVE pode ser decorrente de várias etiologias e ter diferentes manifestações clínicas. Do ponto de vista sócio-econômico implica em altos custos financeiros, tanto em atendimentos à saúde quanto em perda de produtividade (MAKIYAMA *et a*l, 2004; MARTINS *et al*, 2006; ROWLAND, 2002).

Muitos são os fatores de risco que podem estar envolvidos na manifestação de um AVE. De acordo com SACCO in ROWLAND (2002), os fatores de risco envolvidos no AVE são passíveis ou não de modificação. Neste último grupo, aparece a idade como o mais forte determinante, já que quanto maior for a idade, maior é a incidência da doença, evidenciada pela ocorrência dos AVEs em pessoas acima dos sessenta e cinco anos de idade. Para MAYO *et al* (2002) com o aumento da longevidade ocorrido nos últimos anos há uma tendência de maior incidência e prevalência dos AVEs, e consequentemente de mais pessoas incapacitadas.

Entre os fatores de risco que podem ser modificáveis, estariam as condições predisponentes que se originaram antes do evento, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, hipercolesterolemia, sedentarismo, tabagismo, abuso de álcool, estenose carotídea assintomática e história de Ataques Isquêmicos Transitórios (AITs) (SACCO, 2002).

Para HACKETT *et al* (2000), MARTINS *et al* (2006) e PERLINI e FARO (2005), o AVE é uma doença cuja gravidade pode gerar, muitas vezes, incapacidades crônicas, com perda da independência, afetando os domínios físico, psicológico e social, acarretando não apenas déficits individuais, mas também coletivos, pois afeta toda a família e também a sociedade. HOPMAN e VERNER (2003) descrevem que, na maioria dos casos, os indivíduos que sofreram AVE estão predispostos à sequelas incapacitantes, com limitações motoras, como a paralisia de um hemicorpo, alterações sensorais, déficits de linguagem, que se traduzem pelo comprometimento na expressão e/ou compreensão e déficits cognitivos, que impedem, de várias maneiras, a realização das Atividades da Vida Diária (AVD's). HOPMAN e VERNER (2003) destacam ainda que o maior contingente de pacientes na reabilitação é o de pacientes sequelados por AVE e que eles constituem também a terceira maior extensão de permanência nas instituições especializadas, pois a reabilitação parece maximizar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), o que para APRILE *et al* (2006), do ponto de vista do paciente, possui o efeito mais relevante.

MADDEN *et al* (2006) ao utilizarem a escala FIM (Function Independence Measure) e o SF-36 (Short Form 36) observaram que os pacientes submetidos à reabilitação após o AVE obtiveram boas evoluções na qualidade de vida. Em outro estudo, HACKETT *et al* (2000), utilizando o SF-36, concluíram que o domínio Capacidade Funcional (CF) foi o mais atingido quando compararam os sobreviventes ao AVE à população normal.

Até a década de 90, as primeiras definições sobre qualidade de vida tendiam a limitar-se à avaliação do grau de satisfação do indivíduo em relação à vida. De acordo com BUCK *et al* (2000) e SEIDL e ZANNON (2004), após este período ocorreu uma ampliação desse conceito que se tornou mais abrangente e multidimensional, passando a considerar os domínios físico, social e mental como os principais representantes da qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (O.M. S, 1974) define qualidade de vida como a *"percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*". Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (SEIDL e ZANNON, 2004). Para BELASCO e SESSO (2006), a qualidade de vida parece envolver desde as necessidades humanas básicas, como condições de moradia, saneamento básico, acesso ao sistema de saúde, condições econômicas, como também aspectos subjetivos, como percepções pessoais dos indivíduos sobre a qualidade de vida, que varia conforme a pessoa e o estrato social.

Um dos grandes avanços na área da saúde tem sido a possibilidade da mensuração e monitoração da qualidade de vida, desde a qualidade dos serviços prestados, assim como

a prevenção de incapacidades e restauração de funções. Esse fato se torna um diferencial nas avaliações em saúde, até então realizadas, que apenas tratavam dos indicadores de mortalidade e morbidade (DUARTE *et al* 2003). Esta nova abordagem é a denominada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que "c*orresponde ao valor atribuído à duração da vida quando modificada por percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado das intervenções"* (MAYO *et al*, 2002; MINAYO *et al*, 2000). A QVRS mensura funções físicas, mentais, sociais, capacidade funcional bem como percepções individuais da saúde e bem estar. Isto distingue qualidade de vida de outras medidas de saúde (KING, 1996).

Entre as enfermidades crônicas, o AVE é a principal causa de incapacidades permanentes. Essas incapacidades, em suas diferentes formas, e frequentemente pelas suas repercussões sócio-econômicas na vida das pessoas, têm despertado cada vez mais o interesse a respeito do conhecimento do impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa enfermidade. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes vítimas do AVE num centro de reabilitação de referência no estado de Sergipe. Para tanto foram avaliados a capacidade funcional, o desempenho social e comportamento emocional desses pacientes. Para complementação do estudo, foram ainda considerados: o gênero, a faixa etária, o tempo pós-AVE e o lado do déficit motor.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é do tipo transversal, realizado no Centro de Reabilitação Leonor Barreto Franco, clínica-escola do curso de Fisioterapia na Universidade Tiradentes que foi escolhido por ser um centro de referência na reabilitação de pacientes do Estado. Está localizado à Rua João Rodrigues, 200, bairro Industrial, na cidade de Aracaju.

Os critérios de inclusão foram:

a) Pacientes sobreviventes de AVE(Acidente vascular Encefálico) que realizavam tratamento fisioterapêutico na referida instituição;

b) Ter um tempo de, no mínimo, seis meses após o episódio do A.V.E;

Os critérios de exclusão foram:

a) Baixo grau de cognição e severas afasias, que impedissem o entendimento do questionário;

Neste estudo a amostra foi de conveniência, pois ela constou de todos os pacientes sobreviventes do AVE em tratamento no Centro de Reabilitação Leonor Barreto Franco e que se enquadravam nos critérios de inclusão. Foram selecionados 74 pacientes, sendo que apenas 50 foram entrevistados e analisados, pois satisfizeram aos critérios de inclusão da pesquisa.

Todos os pacientes selecionados leram ou foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo D), submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP-UNIT), através do parecer consubstanciado de cadastro de número 040906 do dia vinte e cinco de Setembro de 2006 optando por participar ou não da pesquisa (Anexo).

Após o preenchimento e devolução do TCLE, os pacientes foram entrevistados, por um único examinador, através do questionário de investigação da qualidade de vida: o SF-36 (Short Form Health Survey) (Anexo B). Todos os pacientes incluídos responderam o questionário. Antes da avaliação com os questionários, os pacientes foram interrogados e preenchida a ficha de identidicação (ANEXO A) sobre nome, idade (em anos), gênero (masculino ou feminino), escolaridade (analfabetos, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau incompleto, segundo grau completo e terceiro grau), estado civil (solteiros, casados, separados e viúvos), hemicorpo atingido (direito ou esquerdo), lado do corpo onde possuíam maior habilidade (direito ou esquerdo), presença ou não da hemiplegia/hemiparesia no lado do corpo dominante (sim ou não), data do episódio do A.V.E (em meses) e há quanto tempo realizavam fisioterapia (em meses). Durante a realização deste interrogatório, era informalmente procedida uma avaliação quanto à habilidade de compreensão e expressão em linguagem escrita ou falada e a capacidade de cognição dos

pacientes. Não foi possível conhecer o tipo de A.V.E dos pacientes avaliados, pois este tipo de informação não constava nos prontuários da instituição.

O SF-36 é um questionário curto, genérico, constituído por 36 itens de auto resposta e destina-se a avaliar os conceitos de saúde que são admitidos como valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, cuja pontuação final pode variar de 0 a 100, onde 0 corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde (Anexo G) (CICONELLI *et al*, 1999; HOBART *et a*l, 2002). Consta de 8 domínios que representam os seguintes conceitos de saúde: Capacidade funcional (CF), Limitações por Aspectos Físicos (LAF), Dor Corporal (DOR), Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade (VIT), Aspectos Sociais (AS), Limitações por Aspectos Emocionais (LAE) e Saúde Mental (SM). Esses domínios são avaliados através de perguntas, onde o indivíduo tem que escolher entre respostas diferentes veiculadas pelo questionário. No final da avaliação é estabelecido um resultado numérico (APRILE *et al*, 2006; DORMAN *et al*, 1999; KONG e YANG, 2006; VITORINO *et a*l, 2004).

Dentro dos domínios, a “CF” é composta por dez itens, pelos quais se pode avaliar desde a limitação para executar atividades físicas menores, até atividades mais extenuantes, passando por atividades intermediárias; Na “LAF” há quatro itens. A “DOR” representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também, a forma como ela interfere nas atividades normais. O “EGS” pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual, mas também a resistência à doença e aparência saudável. O domínio “VIT” inclui os níveis de energia e fadiga, permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar. Os “AS” pretendem captar a quantidade e qualidade de atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais da pessoa que responde. A “LAE” diz respeito ao desempenho emocional e consta de três itens. No domínio “SM” são avaliados a ansiedade, a depressão, a perda de termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico (KONG e YANG, 2006).

A análise descritiva foi realizada através de figuras, tabelas e médias dos domínios do SF-36. Na análise inferencial, o teste t de Student foi utilizado para comparar médias de amostras independentes. O valor de alfa considerado para este estudo é de 0,05.

3. RESULTADOS

Dos 50 pacientes que fizeram parte da amostra, trinta eram homens e vinte eram mulheres, correspondendo a 60% e 40% respectivamente. A idade média desses pacientes foi de 56 anos e vinte e quatro deles (48%) tinham cônjuge, sendo os demais (52%) viúvos, solteiros ou separados. A escolaridade dessas pessoas foi baixa, pois seis eram analfabetos e vinte e um tinham o primeiro grau incompleto, correspondendo a 12% e 42%, respectivamente (tabela 1).

Dentre os pacientes entrevistados, vinte e seis tinham hemiplegia/hemiparesia à esquerda e vinte e quatro à direita, correspondendo a 52% e 48%, respectivamente. Quarenta e seis pacientes eram destros, ou seja, tinham o lado direito do corpo como o lado de maior habilidade para a realização de tarefas, correspondendo a 92% em contraste com apenas quatro pacientes (8%) que tinham o lado esquerdo como seu lado mais hábil (tabela 1). Vinte e quatro pacientes tinham o déficit motor (hemiplegia/hemiparesia) no lado do corpo mais hábil e vinte e seis tinham no lado do corpo não dominante (tabela 1). O tempo médio decorrente do evento até a entrevista (AVE) foi de 50 meses e os pacientes tinham em média 27 meses de tratamento no centro de reabilitação.

Na análise dos escores do SF-36 (figura 1), observa-se que três domínios apresentaram uma pontuação média menor que 50, que foram CF (38), LAF (8) e LAE (33,33).

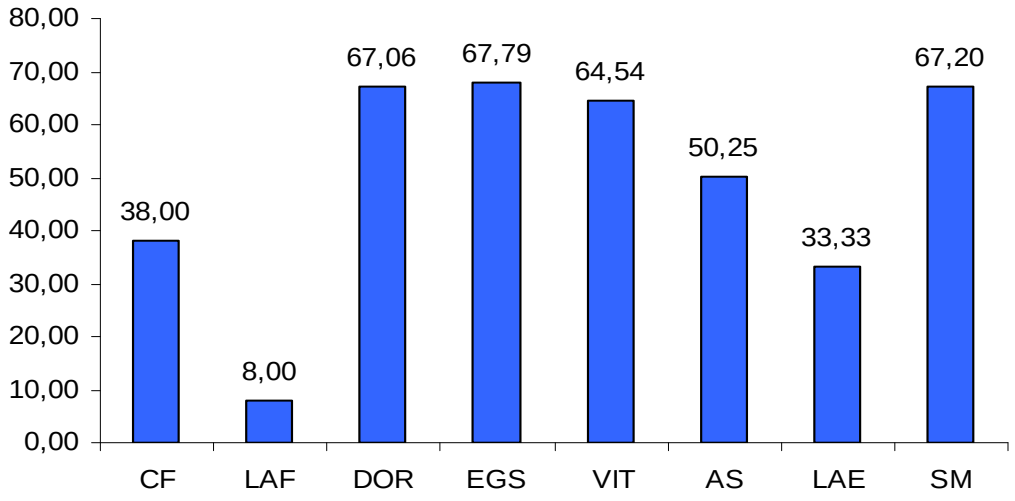

Figura 1: distribuição dos escores do questionário qualidade de vida SF-36

Tabela 1: distribuição do sexo, presença do cônjuge, escolaridade, lado do corpo dominante, hemicorpo afetado e presença de hemiplegia no hemicorpo dominante na população de estudo.

Variáveis	*Categorias*	*Total*	*%*
Sexo	Feminino	20	40%
	Masculino	30	60%
Estado civil	Tem cônjuge	24	48%
	Não tem cônjuge	26	52%
Escolaridade	Analfabeto	6	12%
	1º grau incompleto	21	42%
	1º grau completo	3	6%
	2º grau incompleto	2	4%
	2º grau completo	14	28%
	3º grau completo	4	8%
Lateralidade corporal	Direito	46	92%
	Esquerdo	4	8%
Hemicorpo afetado pela hemiplegia	Direito	24	48%
	Esquerdo	26	52%
Hemiplegia em hemicorpo dominante	Não	26	52%
	Sim	24	48%
Total geral		50	100%

Quando a média dos escores do SF-36 foi avaliada em relação às categorias da variável gênero, pode-se observar que, exceto em relação aos domínios limitações por aspectos físicos e aspectos sociais, as mulheres tenderam a ter uma percepção da qualidade de vida pior que os homens (figura 2). Porém só houve significância estatística (tabela 2) apenas em relação os domínios vitalidade ($p = 0,017$) e saúde mental ($p = 0,004$).

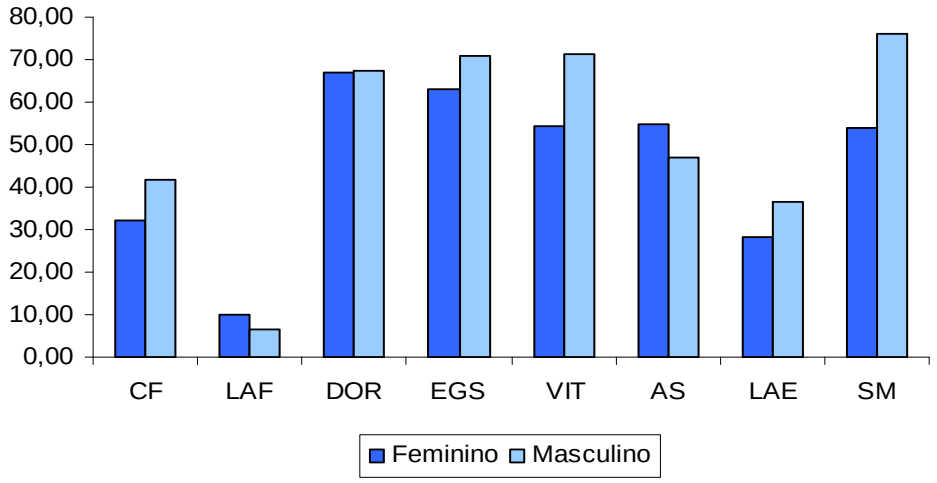

Figura 2: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável gênero

Tabela 2: relação entre a média de escores dos domínios do SF-36 e as variáveis gênero, faixa etária, hemicorpo afetado, tempo pós-AVE e lado da hemiplegia.

	CF	*LAF*	*DOR*	*EGS*	*VIT*	*AS*	*LAE*	*SM*
Sexo								
Feminino	32,25	10,00	66,85	63,10	54,25*	55,00	28,33	53,80*
Masculino	41,83	6,67	67,20	70,92	71,40*	47,08	36,66	76,13*
Faixa etária								
Menores que 56 anos	48,33*	12,50	72,40	66,63	67,08	52,60	52,77*	70,50
Maiores que 57 anos	28,46*	3,85	62,13	68,87	62,19	48,08	15,38*	64,15
Hemicorpo afetado								
Direito	51,67*	13,54	68,02	68,63	67,29	51,56	37,50	66,67
Esquerdo	25,38*	2,88	66,17	67,02	62,00	49,04	29,48	67,69
Tempo pós AVE								
Menos de 40 meses	31,35	6,73	65,54	63,63	59,12	49,52	23,07	64,46
Mais de 41 meses	45,21	9,38	68,71	72,29	70,42	51,04	44,44	70,17
Hemiplegia em hemicorpo dominante								
Não	30,38	4,81	65,83	66,63	64,12	47,60	29,48	68,92
Sim	46,25	11,46	68,40	69,04	65,00	53,13	37,50	65,33
Total geral	38,00	8,00	67,06	67,79	64,54	50,25	33,33	67,20

* Diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os respectivos pares de médias
CF (capacidade funcional); LAF (limitações por aspectos físicos); DOR (dor); EGS (estado geral de saúde); VIT (vitalidade); AS (aspectos sociais); LAE (limitações por aspectos emocionais); SM (saúde mental).

A variável idade foi analisada através das categorias da faixa etária, e foi observado que os pacientes mais jovens, exceto no domínio E.G.S, tinham, em média, uma melhor percepção de saúde em relação aos pacientes mais idosos (figura 3), embora tenha sido detectado que houve significância estatística (tabela 2) apenas em relação aos domínios C.F (p = 0,041) e L.A.E (p=0,03).

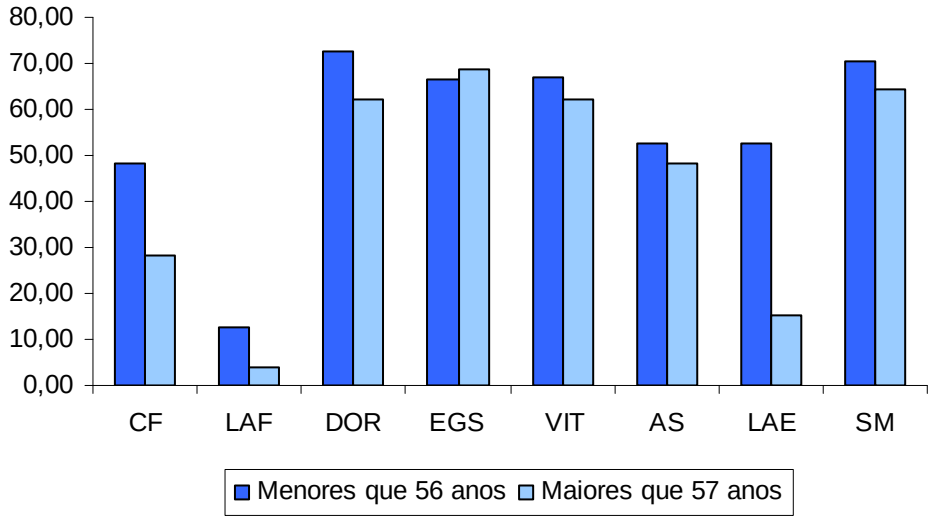

Figura 3: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável faixa etária

Exceto para domínio S.M, os pacientes que apresentaram o hemicorpo direito afetado apresentaram uma média de escores do SF-36 um pouco maior que o esquerdo (figura 4). Porém apenas foi detectada significância estatística (tabela 2) no domínio C.F (p = 0,006).

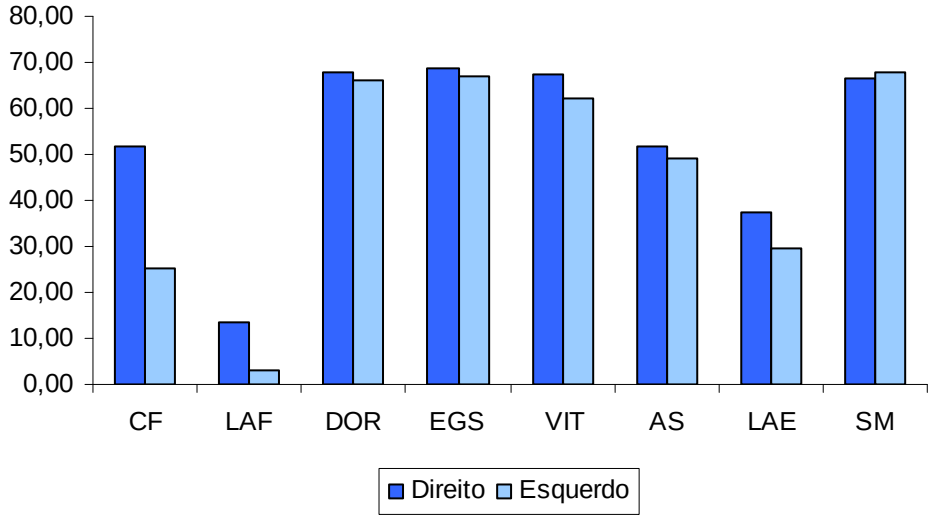

Figura 4: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável hemicorpo afetado

Para a análise do tempo pós-AVE, foi determinada a mediana, que foi de 40 meses. Dentre os pacientes, o grupo que possuía um tempo de AVE menor que 40 meses apresentou uma pior percepção de qualidade de vida em todos os domínios (figura 5), em relação aos que possuíam mais tempo (acima de 41 meses). Essas diferenças, entretanto, não foram estatisticamente significativas.

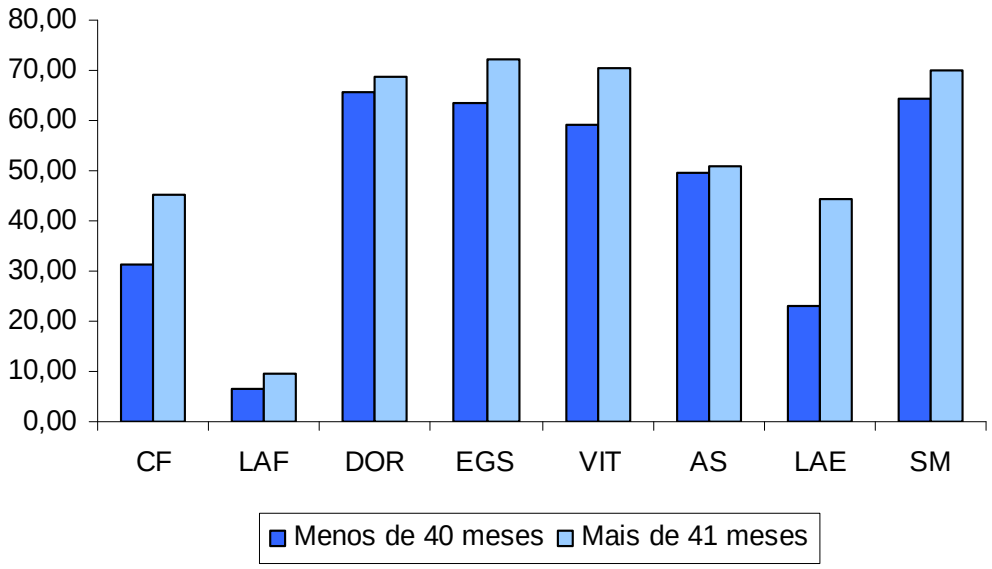

Figura 5: média de escores do SF-36 em relação às categorias da faixa de tempo decorrido pós- AVE

Foi ainda observado que os indivíduos portadores de hemiplegia no hemicorpo dominante, exceto no domínio S.M, relataram uma melhor percepção de qualidade de vida em relação àqueles em que a hemiplegia ocorreu no hemicorpo não-dominante (figura 6). Entretanto essa situação não foi estatisticamente significativa em nenhum dos domínios.

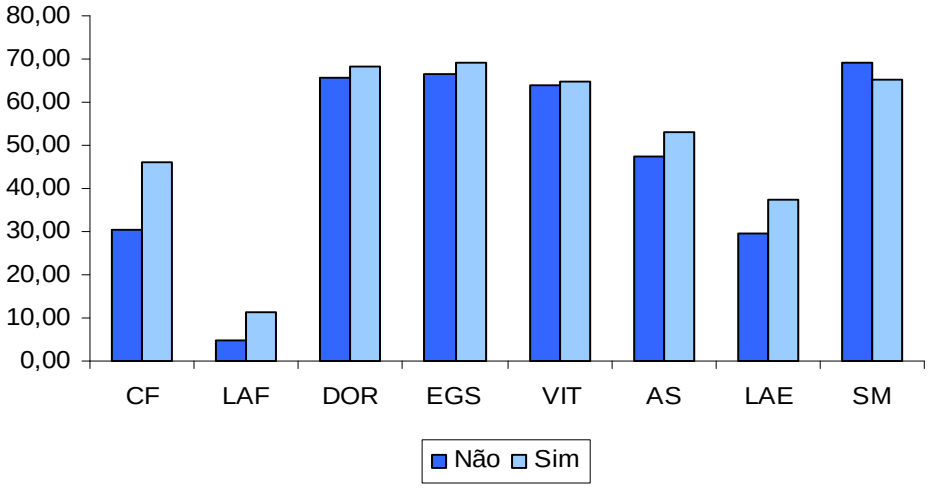

Figura 6: média de escores do SF-36 em relação às categorias da variável presença de hemiplegia no hemicorpo dominante

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, os escores dos domínios do questionário, que compõem o SF-36, foram aplicados para avaliar a qualidade de vida (QV) numa amostra de cinqüenta pacientes que sofreram A.V.E. Os escores desses domínios foram avaliados com relação às variáveis: gênero, idade, lado da hemiplegia, tempo pós- A.V.E e presença ou não da hemiplegia no lado do corpo dominante.

Em um quadro geral do SF-36, na amostra examinada, apenas os domínios CF, LAF e LAE tiveram um escore menor que 50 pontos. Dados semelhantes foram descritos por APRILE *et al* (2006) quando observaram que pacientes com maiores incapacidades físicas tinham maior deterioração no estado emocional pela dificuldade na execução de atividades físicas, como as AVD's. MAYO *et al* (2002), comparando pacientes que sofreram AVE com a população em geral, encontraram escores maiores que 50 em todos os domínios do SF-36. Para HACKETT *et al* (2000), a QVRS foi boa para os pacientes que sobreviveram 6 anos após o AVE, destacando que os domínios SM e EGS foram considerados positivos, já que foram maiores que 50.

A média de idade de 56 anos da nossa amostra foi menor que a de estudos semelhantes realizados. APRILE *et al* (2006) e MADDEN *et al* (2006) tinham médias de idade de 66,3 e 71,4 anos, respectivamente. Este achado, ao menos em nossa amostra, é diferente do que descreveram SACCO (2002) e MAYO *et al* (2002), admitindo que os A.V.Es ocorrem em pessoas acima dos 65 anos de idade.

Os homens apresentaram melhores escores nos domínios CF, DOR, EGS, VIT, LAE e SM do SF-36, quando comparados às mulheres. Esses achados assemelham-se à maior parte dos estudos que comparou a QV entre gêneros, entendendo que, no geral, os homens têm melhor QV que as mulheres, e divergindo um pouco, de outros estudos, apenas no tocante aos domínios mais acometidos. APRILE *et al* (2006) verificaram que os homens apresentaram melhor QV física e as mulheres apresentaram aumento da deterioração da CF, LAF, VIT e SM, mas tinham diminuição da dor comparada aos homens. HACKETT *et al* (2000), HOPMAN e VERNER (2003) e KONG e YANG (2006) usando o SF-36 em pacientes com AVE, também observaram menores escores nas mulheres em relação aos homens. Em um estudo sobre a influência das diferenças entre os sexos na recuperação do AVE, LAI *et al* (2005) concluíram que quando somente o gênero foi considerado, não houve diferença entre homens e mulheres para independência das AVD's e CF seis meses após o AVE, havendo diferenças, contudo, na realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), onde as mulheres tiveram menor independência. Para LAI *et* al (2005), possivelmente, este achado deve-se a não manutenção do papel tradicional da mulher na

realização das atividades do lar, os quais requerem diversas habilidades físicas, trazendo a elas o paradigma da incapacidade e a baixa percepção de saúde, relacionada à diminuição da capacidade funcional, principalmente. Para MARTINS *et al* (2006), a grande diferença entre os gêneros está no estado afetivo-emocional, sugerindo que as mulheres expressam maior vulnerabilidade entre os estados depressivos e maior instabilidade do humor e, portanto, pior percepção da saúde. Na nossa amostra, os maiores contrastes entre gêneros foram nos domínios VIT e SM, pois as diferenças foram estatisticamente significantes, talvez pelos aspectos abordados acima pelos autores.

Em relação à idade, todos os domínios, exceto EGS, foram maiores nos pacientes co idade menor que 57 anos, o que se assemelha aos achados de MARTINS *et al* (2006) que relacionaram a idade avançada à débil atividade física dos pacientes e aos de HACKETT *et al* (2000), que comparando os pacientes com AVE à população normal, observou que justamente o domínio EGS foi o mais pobre entre os idosos. Entretanto, HOPMAN e VERNER (2003) observaram que a idade não foi um fator significante para mudanças na QV. Para CHAGAS e MONTEIRO (2004), o idoso com AVE, em especial, pode necessitar de um auxílio maior para realizar atividades de cuidado consigo mesmo, pois possui restrições características da sua faixa etária.

O achado de que aproximadamente metade dos pacientes tinham hemiplegia à direita foi semelhante aos de VESTLING *et al* (2005), onde aproximadamente 52% dos pacientes com AVE tinham hemiplegia à direita, deduzindo que não há uma predominância do lado da hemiplegia/hemiparesia.

Quanto ao lado da hemiplegia/hemiparesia, apresentaram melhores escores os pacientes com déficit motor à direita em relação aos pacientes com o hemicorpo esquerdo acometido, exceto para o domínio SM. Poucos estudos relacionaram o lado do corpo atingido à QV. Para HOPMAN e VERNER (2003), o lado do AVE teve pouco impacto na QV.

A escolaridade de nível superior em apenas 8% dos pacientes do presente estudo contrasta com os resultados dos estudos de KING (1996), onde 69% dos pacientes tinham nível superior. Destacamos ainda que, em nossa amostra, mais da metade dos indivíduos estava entre analfabetos (12%) e portadores do primeiro grau incompleto (42%). De acordo com CHAGAS e MONTEIRO (2004), as pessoas de classes sociais mais baixas são, normalmente, acometidas com mais frequência por essas enfermidades, já que possuem menor acesso à informação, à alimentação adequada e atividades físicas. Para VAN DEN BOSS *et al* (2002), Os AVEs mais graves e mais incapacitantes ocorrem entre indivíduos pertencentes às classes econômicas mais desfavorecidas. É possível que essa baixa escolaridade da nossa amostra esteja relacionada com o baixo nível sócio-econômico.

O tempo pós AVE teve forte influência nos escores dos domínios do SF-36. Todos os pacientes acima de 41 meses tempo pós-AVE tiveram escores maiores, exceto para o EGS.

Esses achados são semelhantes aos de HACKETT *et al* (2000) quando relataram que a QVRS parece ser relativamente boa na maioria dos pacientes seis anos após o AVE. APRILE *et al* (2006) associaram a longa duração do quadro de AVE à baixa incapacidade. KONG e YANG (2006) analisaram pacientes com AVE em tempo médio de 22,2 meses, observando que o longo tempo após a doença permite que esses enfrentem com sucesso as suas incapacidades. O presente estudo discorda dos estudos de MADDEN *et al* (2006) que não observaram melhoramento nas funções e melhor QV nos seus achados, talvez porque o tempo médio pós-AVE de seus estudos tenha sido curto, de aproximadamente 45,5 dias.

Os pacientes que tinham hemiplegia no hemicorpo dominante tiveram melhores escores na maioria dos domínios do SF-36 que os pacientes com hemiplegia no hemicorpo não dominante, exceto para o domínio SM, o que demonstra que a incapacidade de realizar atividades com o lado do corpo dominante faz com que o paciente se utilize estratégias funcionais.

Esses resultados poderiam ser utilizados como ferramenta para colaborar e orientar os tratamentos e acompanhamentos de reabilitação de pacientes de AVE na instituição em que foi realizada a pesquisa.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que os pacientes sobreviventes de AVE, avaliados através dos diferentes domínios do SF-36, tinham boa QV na maioria desses domínios. Os mais afetados, entre os domínios, foram LAF, seguido pelos LAE e CF, permitindo concluir que a incapacidade física teve um forte impacto na QV desses pacientes.

Foi observado ainda que os homens apresentaram melhor QV que as mulheres, porém as diferenças estatisticamente significativas existiram apenas para os domínios SM e VIT. Os pacientes mais jovens tiveram melhor QV em relação aos pacientes mais idosos e os impactos mais significativos foram observados para os domínios CF e LAE.

No estudo em questão, a QV não foi influenciada pela lateralidade da hemiplegia, mas os pacientes com hemiplegia à direita tiveram melhor CF e, portanto, melhor aptidão física que os pacientes que tinham hemiplegia à esquerda.

O tempo pós-AVE e a presença ou não da hemiplegia no hemicorpo dominante tiveram pouco impacto sobre a QV.

Embora os resultados da presente pesquisa tenham tentado retratar a QV de pacientes com AVE, acreditamos que em futuros estudos, o SF-36 poderá colaborar para orientar os acompanhamentos e tratamentos de reabilitação em pacientes que sofreram AVE.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDAR, F. J; SILVA, A. J; REIS, V. M; CARNEIRO, A; CARNEIRO-COTTA, S. Estúdio de la calidad de vida en accidente vascular isquêmico y su relación com la actividad física. *Rev Neurol*, v. 45 (9), p. 518-522, 2007.

APRILE, I; PIAZZINI, D. B; BERTOLINI, C; CALIANDRO, P; PAZZAGLIA, C; TONALI, P; PADUA, L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci*, v. 27, p. 40-46, 2006.

BELASCO, A.G.S; SESSO, R de C.C. Qualidade de vida: Princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP- Escola Paulista de Medicina**, 1 ed, cap. 1, São Paulo: Manole, 2006.

BUCK, D.; JACOBY, A; MASSEY, A; FORD, G. Evaluation of Measures Used to Assess Quality of Life After Stroke. *Stroke***,** p. 2004-2010, 2000.

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

CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEINÃO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39 (3), p. 143-150, 1999.

DORMAN, P.J; DENNIS, M; SANDERCOCK, P. How Do Scores on the EuroQol Relate to Scores on the SF-36 After Stroke?. *Stroke*, 30, p. 2146-2151, 1999.

DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP – Escola Paulista de Medicina**, 1 ed. São Paulo: Manole, 2006.

DUARTE, P. S; MIYAZAKI, M. C. O. S; CICONELLI, R. M; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. Rev*. Assoc. Méd. Bras*, 49 (4), 2003.

HACKETT, M. L; DUNCAN, J. R; ANDERSON, C. S; BROAD, J. B; BONITA, R. Health – Related Quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland stroke study, 1991-1992. *Stroke*, 31, p. 440-447, 2000.

HOBART, J. C; WILLIAMS, L. S; MORAN, K; THOMPSON, A. J. Quality of life measurement after stroke: Uses and Abuses of the SF-36. *Stroke*, 33, p. 1348-1356, 2002.

HOPMAN, W. M; VERNER, J. Quality of life and after Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke***,** v.34; p.801-805, 2003.

KING, R.B. quality of Life After Stroke. *Stroke*, 27 (9), p. 1467-1472, 1996.

KONG, K.H; YANG, S.Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*, 47 (3), p. 213-218, 2006.

LAI, S-M; DUNCAN, P. W; DEW, P; KEIGHLEY, J. Sex Differences in Stroke Recovery. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, v.2 (3), p. 1-11, 2005.

MADDEN, S; HOPMAN, W. M; BAGG, S; VERNER, J; O'CALLAGHAN, C. J. Funcional Status and health-related quality of life during inpatient stroke Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*, v.85, p.831-838, 2006.

MAKIYAMA, T. Y; BATTISTELLA, L. N; LITVOC, J; MARTINS, L. C. Estudo sobre a qualidade de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatra*, 11 (3), p. 106-109, 2004.

MARTINS, T; RIBEIRO, J, P; GARRET, C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por um accidente vascular cerebral: evaluácion nueve meses después del alta hospitalar. *Revista de Neurologia*, 42 (11), p. 655-659, 2006.

MAYO, N. E; WOOD-DAUPHINEE, S; CÔTÉ, R; DURCAN, L; CARLTON, J. Activy, Participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, p. 1035-1042, 2002.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z. M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em http://www.scielo.br. Acesso em 05 de Julho de 2006.

PERLINI, N. M. O. G; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (2), p.154-163, 2005.

ROWLAND, L.P; **Merrit: Tratado de Neurologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SACCO, R. L. Patogênese, Classificação e epidemiologia das doenças Vasculares Cerebrais. In: ROWLAND, L.P. **Merrit Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 184-194.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em http://www.scielo.br. Acesso em 05 de julho de 2006.

VAN DEN BOSS, G. A. M; SMITS, J. P. J. M; WESTERT, G. P; VAN STRATEN, A. Socieconomic variations inthe course of stroke: unequal health outcomes, equal care?. *J. Epidemiol. Community Health*, 56, p. 943-948, 2002.

VESTLING, M; RAMEL, E; IWARSSON, S. Quality of life after stroke: Well-being, life satisfaction, and subjective aspects of work. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, p. 89-95, 2005.

VITORINO, D. F. DE M; MARTINS, F. L. M; SOUZA, A. DE C; GALDINO, D; PRADO, G. F. Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. *Revista Neurociências*, 12 (3), p. 147-151, 2004.

XIE, J; WU, EQ; ZHENG, Z. J; CROFT, J. B; GREENLUND, K. J; MENSAH, G. A; LABARTHE, D. R. Impacto of stroke on Health-Related Quality of Life in the Noninstitutionalized Population in the United States. *Stroke*, 37, p. 2567-2572, 2006.

WILLIAMS, L. S; WEINBERGER, M; HARRIS, L. E; CLARK, D. O; BILLER, J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30, p. 1362-1369, 1999.

3. CONCLUSÃO GERAL

O presente estudo demonstrou que os pacientes sobreviventes de AVE, avaliados através dos diferentes questionários de investigação da QV, o SF-36 e IB(Índice de Barthel), tinham boa QV. No SF-36, os mais afetados, entre os domínios, foram LAF, seguido pelos LAE e CF, permitindo concluir que a incapacidade física teve um forte impacto na QV desses pacientes.

Exceto para a CF, nenhum dos domínios do SF-36 apresentou forte correlação com o IB, o que demonstra a forte associação entre a capacidade de exercer atividades funcionais e a realização das AVD's avaliadas pelo IB.

Foi observado ainda que os homens apresentaram melhor QV que as mulheres, porém as diferenças estatisticamente significativas existiram apenas para os domínios SM e VIT. Os pacientes mais jovens tiveram melhor QV em relação aos pacientes mais idosos e os impactos mais significativos foram observados para os domínios CF e LAE.

No nosso estudo, a QV não foi influenciada pela lateralidade da hemiplegia, mas os pacientes com hemiplegia à direita tiveram melhor CF e, portanto, melhor aptidão física que os pacientes que tinham hemiplegia à esquerda.

O tempo pós-AVE e a presença ou não da hemiplegia no hemicorpo dominante tiveram pouco impacto sobre a QV.

Embora os resultados da presente pesquisa tenham tentado retratar a QV de pacientes com AVE, acreditamos que em futuros estudos, o SF-36 e o IB poderão colaborar para orientar os acompanhamentos e tratamentos de reabilitação em pacientes que sofreram AVE.

APÊNDICES/ANEXOS

A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Sexo: F ( ) M ( )

Data da entrevista: Data de nascimento:

Estado civil:

Profissão atual /anterior:

Escolaridade:

Data do A.V.E:

Destro ( ) Sinistro ( )

Hemicorpo afetado:

Há quanto tempo realiza tratamento fisioterapêutico?

B – SF-36

1) Em geral você diria que a sua saúde é:

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Ruim
5. Muito ruim

2) Comparada a um ano atrás, como você classificaria a sua saúde agora?

1. Muito melhor
2. Um pouco melhor
3. Quase a mesma
4. Um pouco pior
5. Muito pior

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

a) Atividades vigorosas com muito esforço, com correr e levantar objetos pesados.

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

b) Atividades moderadas como varrer a casa

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

c) Levantar ou carregar mantimentos

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

d) Subir vários lances de escada

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

e) Subir um lance de escada

1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

f) Curvar-se ou ajoelhar-se
1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

g) Andar mais de 1 Km
1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

h) Andar vários quarteirões
1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

i) Andar 1 quarteirão
1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

j) Tomar banho ou vestir
1. Sim, dificulta muito
2. Sim, dificulta pouco
3. Não, não dificulta de modo algum.

4) Durante as últimas 4 semanas, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como conseqüência da sua saúde física? (1-SIM / 2- NÃO).

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?

b) Realizou menos tarefas do que gostaria?

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades?

5) Durante as últimas 4 semanas, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como conseqüência de algum problema emocional? (1-SIM / 2- NÃO).

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?

b) Realizou menos tarefas do que gostaria?

c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?

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

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

7) Quanto à dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

1. Nenhum
2. Muito leve
3. Leve
4. Moderada
5. Grave
6. Muito grave

8) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal?

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

9) Perguntas sobre como você se sente em relação às últimas 4 semanas em relação ao tempo: a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de força ?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?

1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo

3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

c) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa deprimida?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

d) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa calma?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

e) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa cheia de energia?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

f) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa desanimada?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca
g) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa esgotada?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo

3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

i) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa cansada?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Uma boa parte do tempo
4. Alguma parte do tempo
5. Uma pequena parte do tempo
6. Nunca

10) Durante as 4 últimas semanas, quando do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais?
1. Todo tempo
2. A maior parte do tempo
3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo
5. Nenhuma parte do tempo

11) O quanto é verdadeiro ou falso cada uma das afirmações?
a) Eu acostumo adoecer mais facilmente que outras pessoas.
1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falsa
5. Definitivamente falsa

b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa.
1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro

3. Não sei
4. A maioria das vezes falsa
5. Definitivamente falsa

c) eu acho que a minha saúde vai piorar.
1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falsa
5. Definitivamente falsa

d) Minha saúde é excelente
1. Definitivamente verdadeiro
2. A maioria das vezes verdadeiro
3. Não sei
4. A maioria das vezes falsa
5. Definitivamente falsa

C – ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação:

10 – Independente: Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário, come em um tempo razoável, capaz de usar condimentos.

5 – Necessita de ajuda: por exemplo, para cortar.

0 – Dependente: necessita ser alimentado.

Banho:

5 – Independente: capaz de lavar-se inteiro, podendo ser usada a ducha, a banheira.

0 – Dependente: necessita de alguma ajuda.

Vestir-se:

10 – Independente: capaz de vestir a roupa, abotoar botões, calçar-se.

5 – Necessita de ajuda: realiza metade das tarefas em um tempo razoável.

0 – Dependente: incapaz de manejar-se sem uma assistência maior.

Asseio:

5 – Independente: realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos, o rosto, as pernas etc). Inclui escovar os dentes. Não necessita de nenhuma ajuda.

0 – Dependente: Necessita de alguma ajuda.

Controle de Fezes:

10 – Continente: Não necessita de ajuda.

5 – Acidente ocasional: Necessita raramente de alguma ajuda para a colocação de supositórios.

0 – Incontinente.

Controle de Urina:

10 – Continente: Permanece seco durante o dia e a noite. É capaz de usar qualquer dispositivo (cateter) sozinho.

0 – Incontinente.

Transferência no Banheiro:

10 – Independente: Entra e sai sozinho. Capaz de sentar-se e levantar-se sozinho. Pode utilizar barras de suporte.

5 – Necessita de ajuda: para manter o equilíbrio, tirar e pôr a roupa.

0 – Dependente: incapaz de manejar-se sem assistência maior.

Mudança Cadeira-cama:

15 – Independente: Não necessita de ajuda.

10 – Mínima ajuda: inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física.

5 – Grande ajuda: capaz de estar sentado sem ajuda, mas necessita de muita assistência para entrar ou sair da cama.

0 – Dependente: Necessita por completo da ajuda de outras pessoas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulação:

15 – Independente: pode usar qualquer ajuda (próteses, muletas etc), exceto andador. A velocidade não é importante.

10 – Necessita de ajuda: supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé.

5 – Independente na cadeira de rodas.

0 – Dependente: requere ajuda maior.

Subir escadas:

10 – Independente: capaz de subir e descer escadas sem supervisão ou ajuda.

5 – Necessita de ajuda: supervisão física ou verbal.

0 – Dependente: Não pode subir escadas.

D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: “A qualidade de vida de pacientes sobreviventes de Acidente Vascular Encefálico”.

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa, cujo objetivo principal é verificar o impacto do Acidente Vascular Encefálico (A.V.E) na qualidade de vida destes pacientes. A pesquisa pretende avaliar principalmente os impactos de caráter funcional que interferem no dia-a-dia do paciente.

O presente estudo é orientado pelo professor doutor Francisco Prado Reis e pela fisioterapeuta Iandra Maria Pinheiro de França Costa.

A metodologia para obtenção dos dados da pesquisa consiste na aplicação de dois questionários genéricos e de auto-resposta da saúde, o SF-36 e o índice de Barthel, para os pacientes sequelados de Acidente Vascular Encefálico(A.V.E) e que fazem tratamento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação Ninota Garcia - Clínica Escola da Universidade Tiradentes.

Serão incluídos todos os pacientes sequelados de A.V.E que estão em tratamento fisioterapêutico e que desejam participar da pesquisa. Serão excluídos os pacientes com déficits de cognição, afasias e os que não desejem participar da pesquisa.

Os pesquisadores garantem que não há riscos de qualquer natureza para os participantes, que a identidade de todos será preservada, não havendo divulgação das mesmas e que todos se beneficiarão com a pesquisa, após conhecer os verdadeiros impactos do A.V.E na qualidade de vida das pessoas.

Você também tem a garantia de que, em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Se desejar, pode entrar em contato com a responsável pela pesquisa, Iandra Maria Pinheiro Bezerra de França, que pode ser encontrada no endereço Rua Maria Oliveira de Mendonça, 208, bairro Farolândia, na cidade de Aracaju ou pelo telefone(79) 32481195. É garantida a liberdade de retirada da pesquisa e da retirada do consentimento a qualquer momento. Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidade ou prejuízo.

E – ESCORES DA CORRELAÇÃO ENTRE SF-36 E IB

Tabela 3: correlação entre os domínios do SF-36 e índice de Barthel

SF-36		**Barthel**
CF	Coeficiente de correlação	0,653*
	Valor de p	< 0,0001
LAF	Coeficiente de correlação	0,278
	Valor de p	0,051
DOR	Coeficiente de correlação	0,210
	Valor de p	0,143
EGS	Coeficiente de correlação	0,155
	Valor de p	0,283
VIT	Coeficiente de correlação	0,074
	Valor de p	0,610
AS	Coeficiente de correlação	0,234
	Valor de p	0,102
LAE	Coeficiente de correlação	0,138
	Valor de p	0,340
SM	Coeficiente de correlação	0,243
	Valor de p	0,089

* Diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os respectivos pares de médias
CF (capacidade funcional); LAF (aspectos físicos); DOR (dor); EGS (estado geral de saúde); VIT (vitalidade); AS (aspectos sociais); LAE (aspectos emocionais); SM (saúde mental).

F – FIGURA DE CORRELAÇÃO ENTRE O DOMÍNIO CF DO SF-36 E IB

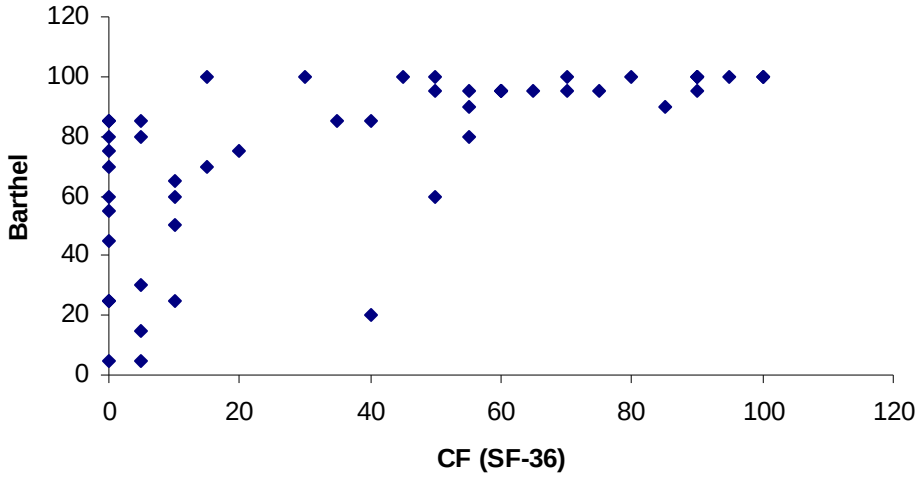

Gráfico 7: Correlação entre o domínio do SF-36 capacidade funcional (CF) e os índices de Barthel

G – PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	SEUS PONTOS FINAIS

01	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5,0 4,4 3,4 2,0 1,0	Pontos
02	Manter o mesmo valor		Pontos
03	Soma de todos os valores		Pontos
04	Soma de todos os valores		Pontos
05	Soma de todos os valores		Pontos
06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1	Pontos
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0	Pontos
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)		Pontos
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo		Pontos
10	Considerar o mesmo valor. Pontos		
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1) Pontos		

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

H – TABELA DINÂMICA COM DADOS DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

Nome	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Tempo pós AVE	Lado do corpo dominante	Hemicorpo afetado	Tempo de fisioterapia
Manoel Messias Barreto Santos	52	2	2	2	18	1	2	18
Augusto Góis	47	2	1	5	21	1	1	9
Patrício Vieira	77	2	2	2	28	1	1	5
Carlos Roberto	49	2	2	2	18	1	2	18
Argemiro Valente	81	2	3	6	36	1	2	36
José Américo	65	2	2	5	9	1	2	9
Roberto Francisco	61	2	2	2	48	2	1	36
João Batista Santos	56	2	2	3	39	1	2	36
José de Deus Andrade	55	2	2	1	7	1	2	1
José Santana Oliveira	62	2	2	4	25	1	2	24
João Andrade de Oliveira	54	2	3	2	49	1	1	48
Gilson Mendes Farias	47	2	3	5	168	1	1	36
Geraldo dos Santos	50	2	1	1	84	1	1	60
Manoel Eustáquio Neto	50	2	2	5	96	1	1	96
José da Cruz Almeida	53	2	3	2	55	1	2	18
Gilson Alves da Silva	51	2	2	4	47	1	2	1
Paulo de Matos Teles Filho	55	2	3	2	60	1	1	60
Edson de Oliveira Simões	57	2	2	5	79	1	1	79
Pedro Lemos Neto	63	2	2	5	60	1	1	60
Antônio Carlos dos Santos	62	2	4	1	240	1	2	1
José Henrique da Cruz	61	2	3	1	20	1	2	20
Geovan Afonso Santos	60	2	1	5	21	1	1	12
José Batista Rezende	54	2	2	1	9	1	1	5
Geraldo Pires da R. Silva	67	2	2	5	39	1	2	39
Manoel Messias dos Santos	58	2	1	2	47	1	2	47
Virce Wanderley Lins	71	2	3	6	8	1	2	6
Cícero Alves dos Santos	67	2	1	3	10	1	2	10
Lourival Ferreira da Anunciação	62	2	2	2	9	1	2	4
José Adilson Santos	52	2	2	2	41	2	2	24
Marcos Antônio da S. Santos	44	2	2	2	17	1	1	11

Nome	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Tempo pós AVE	Lado do corpo dominante	Hemicorpo afetado	Tempo de fisioterapia
Rita de Cássia	26	1	1	5	74	2	1	**72**
Maria Rodrigues	49	1	2	3	84	1	2	**5**
Iracema Souza	46	1	1	2	163	1	2	**144**
Gleicy Kelly	14	1	1	2	52	1	1	**48**
Marly Alves	51	1	1	2	101	1	1	**1**
Carmelita	62	1	4	6	84	1	2	**1**
Maria Eudete	57	1	3	2	84	1	2	**2**
Gilda Carvalho	67	1	2	2	120	1	1	**1**
Maria Ninfa	64	1	2	2	72	1	1	**60**
Ana Izabel	44	1	2	5	7	1	1	**5**
Josefa Cristina	42	1	2	2	34	1	2	**24**
Lílian Fontes	52	1	2	5	33	1	1	**12**
Lindonor Vieira da Silva	44	1	1	5	20	1	1	**2**
Maria José S. Santos	69	1	4	2	20	1	2	**20**
Maria Carmelita	62	1	3	6	33	1	2	**33**
Auta Noberta	63	1	1	1	60	1	1	**24**
Maria Lúcia de Oliveira	67	1	3	5	24	2	2	**24**
Adjênia Machado Almeida	59	1	3	5	9	1	2	**5**
Enedina Vieira	57	1	2	1	9	1	1	**6**
Laura da Conceição Santos	**64**	**1**	**4**	**2**	**52**	**1**	**1**	**36**

Nome	CF	LAF	DOR	EGS	VIT	AS	LAE	SM	Barthel
Manoel Messias Barreto Santos	50	0	50	60	90	37,5	66,6	84	**95**
Augusto Góis	95	75	100	92	85	100	33,3	72	**100**
Patrício Vieira	0	0	20	85	45	12,5	0	64	**80**
Carlos Roberto	30	0	62	25	30	25	0	36	**100**
Argemiro Valente	55	0	21	77	55	87,5	0	84	**80**
José Américo	0	0	51	77	70	37,5	0	76	**5**
Roberto Francisco	40	0	61	72	70	0	0	40	**20**
João Batista Santos	15	0	31	37	45	12,5	0	44	**70**
José de Deus Andrade	20	0	100	25	45	37,5	0	44	**75**
José Santana Oliveira	5	0	30	50,5	52	50	0	56	**15**
João Andrade de Oliveira	65	0	100	77	90	100	100	76	**95**
Gilson Mendes Farias	90	25	100	92	95	37,5	100	100	**100**
Geraldo dos Santos	45	0	50	62	40	0	0	88	**100**
Manoel Eustáquio Neto	60	0	74	72	100	87,5	0	72	**95**
José da Cruz Almeida	15	0	61	97	65	25	100	92	**100**
Gilson Alves da Silva	70	0	41	45	70	100	100	88	**100**
Paulo de Matos Teles Filho	5	0	31	50	100	37,5	100	88	**5**
Edson de Oliveira Simões	55	75	100	92	100	50	0	96	**95**
Pedro Lemos Neto	60	0	100	72	70	37,5	0	68	**95**
Antônio Carlos dos Santos	100	0	31	92	65	25	0	100	**100**
José Henrique da Cruz	0	0	82	52	100	0	0	88	**60**
Geovan Afonso Santos	70	0	100	100	70	50	0	76	**95**
José Batista Rezende	80	0	33,5	77	55	100	100	76	**100**
Geraldo Pires da R. Silva	0	0	100	77	90	75	100	84	**25**
Manoel Messias dos Santos	90	25	71	100	75	75	100	84	**100**
Virce Wanderley Lins	10	0	58,5	92	90	62,5	0	76	**50**
Cícero Alves dos Santos	5	0	57	92	35	50	0	96	**80**
Lourival Ferreira da Anunciação	75	0	100	32	100	37,5	100	84	**95**
José Adilson Santos	0	0	100	92	65	37,5	100	56	**25**
Marcos Antônio da S. Santos	**50**	**0**	**100**	**62**	**80**	**25**	**0**	**96**	**60**

Nome	CF	LAF	DOR	EGS	VIT	AS	LAE	SM	Barthel
Rita de Cássia	90	50	61	62	65	62,5	100	84	95
Maria Rodrigues	10	0	72	87	80	50	100	80	60
Iracema Souza	35	50	61	92	70	50	0	76	85
Gleicy Kelly	85	0	100	92	85	100	100	100	90
Marly Alves	60	0	100	60	85	75	66,6	84	95
Carmelita	5	0	100	95	85	62,5	0	80	85
Maria Eudete	5	0	100	50	30	50	0	0	30
Gilda Carvalho	0	0	51	5	55	12,5	0	12	70
Maria Ninfa	50	0	51	40	25	62,5	0	20	100
Ana Izabel	100	100	100	100	100	50	100	96	100
Josefa Cristina	0	0	100	67	45	12,5	0	48	85
Lílian Fontes	0	0	10	12	0	12,5	0	4	75
Lindonor Vieira da Silva	90	0	100	62	25	87,5	0	8	100
Maria José S. Santos	0	0	10	62	30	62,5	0	12	55
Maria Carmelita	10	0	100	70	65	50	0	88	65
Auta Noberta	10	0	20	45	35	50	0	44	25
Maria Lúcia de Oliveira	0	0	31	52	15	62,5	0	36	45
Adjênia Machado Almeida	55	0	100	45	50	100	0	68	90
Enedina Vieira	0	0	57	72	70	50	100	80	85
Laura da Conceição Santos	40	0	13	92	70	37,5	0	56	85

I – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA