

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR DOENÇA VASCULAR ENCEFÁLICA (DVE)

*Analysis of patients quality of life affected by cerebrovascular disease
(CVD)*

*Bruno Filgueiras Bezerra¹, Luciana Dias Belchior², Kátia Castelo Branco Machado Diógenes³,
Maria Ayrtes Ximenes Ponte Colaço⁴, Ingrid Correia Nogueira⁵*

RESUMO

Contextualização: A doença vascular encefálica (DVE) é a principal causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasiona, aliado à diminuição da função cognitiva, indicando influência negativa na recuperação e na qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida em pacientes com DVE através do Medical Outcomes Study 36-Short-Form Health Survey (SF-36), correlacionando os domínios do questionário com a amostra em sua totalidade e com os gêneros. **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo. Foi aplicado o questionário SF-36 em pacientes com sequelas crônicas de DVE para avaliação da qualidade de vida, correlacionando os domínios do questionário com a amostra em sua totalidade e com os gêneros. **Resultados:** Foram avaliados 20 pacientes (treze do sexo masculino e sete do sexo feminino), com idade média de 58,8 ($\pm 10,1$) anos para o sexo masculino e 56,5 ($\pm 12,7$) anos para o sexo feminino. Constatou-se que os entrevistados não possuem uma boa percepção do seu estado de saúde relacionado à qualidade de vida, confirmado através da análise dos coeficientes físico e mental sumarizado, com uma média de respectivamente 48,5 ($\pm 10,5$), 41,4 (± 11). Os domínios mais afetados foram os aspectos físico com 17,5 (± 33) e emocional com 41,6 ($\pm 46,9$). A diferença entre os gêneros foi obtida apenas no domínio referente ao aspecto emocional. Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$), evidenciando um maior acometimento do sexo feminino. **Conclusão:** Os resultados demonstram o impacto negativo da DVE na qualidade de vida desses indivíduos.

Descritores: Doença vascular encefálica, qualidade de vida, fisioterapia.

ABSTRACT

Contextualization: The cerebrovascular disease (CVD) is the main cause of functional disability in occidental world, due to sequelae and neurological deficits which occurs to patient allied to decrease of cognitive function, indicating negative influence on recovery and quality of life. **Goals:** Analyse quality of life of patients affected by CVD through the Medical Outcomes Study Short-Form-36 Health Survey (SF-36), correlating with the domains of the sample in its entirety and genres. **Methods:** Cross sectional and quantitative study. The SF-36 questionnaire was applied in patients with chronic sequelae of DVE for evaluation quality of life, correlating with the domains of the sample in its entirety and genres. **Results:** It was evaluated 20 patients (thirteen males and seven females) with average age of 58,8 ($\pm 10,1$) years for males and 56,5 ($\pm 12,7$) years for females. It was verified that the interviewees don't have a good insight of their state health associated to quality of life, confirmed through analysis of physical and mental factors summarized with an average respectively 48,5 ($\pm 10,5$), 41,4 (± 11). The most affected domains were the physical aspects with 17,5 (± 33) and the emotional with 41,6 ($\pm 46,9$). The difference between the genders it was obtained only on domain relative to emotional aspect. We found a statistically significant ($p < 0,01$), evidencing a higher involvement on females. **Conclusion:** The results showed the negative impact of CVD in quality of life of them.

Descriptors: Cerebrovascular disease, quality of life, physical therapy

1 Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

2 Fisioterapeuta, Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará, Doutoranda em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará e Docente do curso de Fisioterapia Universidade de Fortaleza.

3 Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará e Docente do curso de Fisioterapia Universidade de Fortaleza.

4 Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Docente do curso de Fisioterapia Universidade de Fortaleza, Coordenadora da Faculdade Inspirar de Fortaleza.

5 Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza e Doutoranda em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Luciana Dias Belchior
Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz – Fortaleza-Ce.
E-mail: ldbelchior@unifor.br

Recebido: 10/2013

Aceito: 01/2014

INTRODUÇÃO

A Doença Vascular Encefálica (DVE) é definida como uma alteração da circulação cerebral que acarreta um déficit transitório ou definitivo, com sinais e sintomas correspondentes ao comprometimento do funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, podendo ser hemorrágico ou isquêmico e resultando em perda da função neurológica^{1,2}.

Essa doença tem como principal fator de risco a hipertensão arterial. As cardiopatias são consideradas o segundo fator mais importante, principalmente para quadros embólicos e aterotrombóticos. A diabetes mellitus é um fator independente para doenças cerebrovasculares uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Outros fatores incluem os altos níveis de colesterol, alto consumo de álcool, obesidade, tabagismo e cocaína^{3,4}.

A DVE é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasiona ao paciente⁵, aliado à diminuição da função cognitiva, indicando influência negativa na recuperação⁶.

A maioria dos pacientes com essa patologia evolui com incapacidades e sequelas motoras globais, alterações da fala, linguagem, deglutição e deficiências sensoriais^{7,8,9}, tendo como consequência um impacto significativo em seu nível de independência funcional¹⁰ e sofrendo desgaste na sua qualidade de vida (QV)¹¹.

A QV de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive e aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹². Já o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo utilizado¹³ para referir-se à percepção de um indivíduo às dimensões física, psicológica, funcional e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos^{14,15}.

Não existe um único instrumento capaz de avaliar todas as situações de doença e saúde¹⁶. O Medical Outcomes Short-Form 36-item Health Survey (SF-36) é um instrumento criado para a avaliação da QV, cujos tópicos não foram idealizados para uma determinada idade, sexo, doença ou grupo de tratamento. Esse instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira, de acordo com metodologia internacionalmente aceita¹⁷.

Nos últimos 20 anos, a medida de qualidade de vida vem surgindo no meio científico como instrumento importante para a investigação e a avaliação de pacientes, principalmente os com enfermidades crônicas. Os resultados auxiliam, inclusive, como um dos critérios para a liberação do uso de novas drogas em vários países e para acompanhamento de pacientes que participaram de programa de reabilitação^{18,19}.

Na Europa e nos Estados Unidos, a avaliação de qualidade de vida é extensamente aplicada para os pacientes com DVE, com alguns estudos específicos para este tema no Brasil^{18,23}.

O paciente, após uma doença vascular encefálica, experimenta sentimentos de isolamento e impotência, decorrentes da situação de ameaça à sua integridade biopsicossocial. A utilização da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, em indivíduos com sequela de DVE, forneceria um perfil mais global das condições funcionais, psicossociais do paciente e de suas expectativas em relação à vida, direcionando assim a reabilitação a objetivos mais específicos, que contribuiriam para uma maior humanização e efetividade do processo de reabilitação e para uma melhor percepção da qualidade de vida

pelos pacientes.

Por se tratar de uma patologia com uma alta incidência, sendo a principal causa de incapacidade permanente e, que causa um grande impacto sobre a saúde da população decidimos realizar esta pesquisa que teve como objetivo analisar a qualidade de vida em pacientes com DVE através do Medical Outcomes Study 36-Short-Form Health Survey (SF-36), correlacionando os domínios do questionário com a amostra em sua totalidade e com os gêneros.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de caráter quantitativo Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no período de fevereiro a maio de 2012.

Participaram do estudo pacientes com diagnóstico de DVE, com sequelas de hemiplegia completa e incompleta na fase crônica em atendimento no serviço de fisioterapia NAMI. Foram excluídos os indivíduos com déficit cognitivo, menores de dezoito anos, que apresentem alterações psiquiátricas associadas e que não realizaram tratamento fisioterápico constante, apresentando aproximadamente três faltas concomitantes ou cinco ao longo de três meses.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e do código de ética do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional – Resolução COFFITO-10²⁴, sendo aprovada pelo comitê de ética da Instituição com parecer N° 21462. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados através do questionário SF-36 validado no Brasil por Ciconelli, em 1997, que é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, autoaplicável e extensamente utilizada em sobreviventes de DVE^{25,26}.

Composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: Capacidade Funcional (10 itens) - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; Aspectos Físicos (04 itens) - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária; Dor (02 itens) - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; Estado Geral de Saúde (05 itens) - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; Vitalidade (04 itens) - considera o nível de energia e de fadiga; Aspectos Sociais (02 itens) - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; Aspectos Emocionais (03 itens) - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente; e Saúde Mental (05 itens) - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico²⁷.

Apresenta um escore final de zero a 100 pontos, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Segundo Rodrigues²², os escores do instrumento proposto são avaliados da seguinte forma: um escore de 50 indica ausência de disfunção, entre 50 a 100, um estado positivo e conseqüentemente sem problemas de saúde.

A coleta foi realizada em um ambiente propício para o preenchimento do questionário pelos participantes, quando necessário auxílio do pesquisador, o mesmo teve a sensibilidade de não induzir a resposta quando o paciente não apresentava

condições de responder individualmente o instrumento utilizado.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 13.0, através da estatística descritiva. Foi utilizado o teste T Student não pareado para fins de comparação entre os gêneros em cada domínio referente ao questionário, sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. Para melhor descrição dos dados, os mesmos foram expressos na forma de média e desvio padrão.

Após análise estatística dos dados, estes foram descritos correlacionando os domínios do questionário com amostra em sua totalidade e foram comparados também os domínios com o gênero masculino e feminino.

RESULTADOS

Foram avaliados 20 pacientes, sendo treze do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade média de 58,8 ($\pm 10,1$) anos para pacientes do sexo masculino e 56,5 ($\pm 12,7$) anos para pacientes do sexo feminino.

Domínio Capacidade Funcional:

Ao analisar a amostra em sua totalidade, foi evidenciada uma média de 52,2 ($\pm 45,5$) (Tabela I). Ao separar a amostra pelo gênero, o sexo masculino apresentou média de 60 ($\pm 52,5$) e o feminino de 37,8 ($\pm 25,7$) não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,3$) (Tabela II).

Domínio Limitação por Aspectos Físicos:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, foi encontrada uma média de 17,5 ($\pm 33,5$) no aspecto físico (Tabela I). Ao analisar a amostra pelo gênero, constatamos que o sexo masculino obteve uma média de 11,5 ($\pm 21,9$) e o feminino de 28,5 ($\pm 48,7$) não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,7$) (Tabela II).

Domínio Dor:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, obtivemos uma média de 82 ($\pm 27,4$) no domínio dor (Tabela I). Ao dividir esta amostra pelo gênero, o sexo masculino apresentou uma média de 85 ($\pm 25,6$) e o feminino de 76,4 ($\pm 33,3$) não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,8$) (Tabela II).

Domínio Estado Geral de Saúde:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, obtivemos uma média de 52,8 ($\pm 17,3$) no estado geral de saúde (Tabela I). Ao dividir a amostra pelo gênero, o sexo masculino apresentou média de 51 ($\pm 17,2$) e o feminino de 56,2 ($\pm 18,3$), não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,1$) (Tabela II).

Domínio Vitalidade:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, foi evidenciada uma média de 59,5 $\pm 22,9$ no domínio vitalidade (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 58 ($\pm 24,3$) e o feminino de 62,1 ($\pm 28,5$) não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p=0,1$) (Tabela II).

Domínio Aspectos Sociais:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, foi evidenciada uma média de 66,4 ($\pm 18,6$) no aspecto social (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 61,5 ($\pm 18,7$) e o feminino de 75,4 ($\pm 15,7$) não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,3$) (Tabela II).

Domínio Aspecto Emocional:

Quando analisada a amostra em sua totalidade foi evidenciada uma média de 41,6 ($\pm 46,9$) no aspecto emocional (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 58,9 ($\pm 49,3$) e o feminino de 9,5 ($\pm 16,2$) sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,01$) (Tabela II).

Domínio Saúde Mental:

Quando analisada a amostra em sua totalidade foi evidenciada uma média de 61,6 ($\pm 14,7$) no domínio saúde mental (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 58,7 (± 13) e o feminino de 66,8 ($\pm 17,3$) não sendo evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,5$) (Tabela II).

Coefficiente Físico Sumarizado:

Quando analisada a amostra em sua totalidade, foi evidenciada uma média de 48,5 ($\pm 10,5$) no coeficiente físico sumarizado (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 49,4 ($\pm 11,5$) e o feminino de 46,6 (± 9), não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p=0,3$) (Tabela II).

Coefficiente Mental Sumarizado:

Quando analisada a amostra em sua totalidade foi evidenciada uma média de 41,4 (± 11) no coeficiente mental sumarizado (Tabela I). Quando separada esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de 41,3 ($\pm 12,4$) e o feminino de 41,5 ($\pm 8,5$) não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p=0,4$) (Tabela II).

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que apenas 35% da amostra eram do sexo feminino, sugerindo que homens são mais acometidos por DVE, corroborando com pesquisas realizadas que evidenciam uma maior ocorrência de DVE em pessoas no sexo masculino^{23,28, 29, 30, 31}.

No referido estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros em relação aos domínios da capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e, nos coeficientes físicos e mentais sumarizados. Houve significância estatística ($p < 0,01$), apenas no domínio referente aos aspectos emocionais, evidenciando na presente amostra um maior acometimento do gênero feminino em relação a este aspecto.

Para Martins, Ribeiro e Garret³², a grande diferença entre os gêneros está no estado afetivo-emocional, sugerindo que as mulheres expressam maior vulnerabilidade entre os estados depressivos, maior instabilidade do humor e, portanto, pior percepção da saúde. Estes dados corroboram com os achados do presente estudo. Pois as mulheres acometidas por DVE

obtiveram uma pontuação 9,5 ($\pm 16,2$) referente aos aspectos emocionais enquanto os homens alcançaram uma pontuação de 58,9 ($\pm 49,3$).

Alguns estudos encontrados que correlacionaram a QV entre gêneros evidenciam os homens apresentam uma melhor QV quando comparado às mulheres, divergindo um pouco apenas no tocante quanto aos domínios mais acometidos³³. Segundo Gray et al³⁴ o declínio da QV nas mulheres ocorre possivelmente devido ao comprometimento funcional que limitam as atividades domésticas.

Aprile et al³³ verificaram que os homens apresentaram melhor QV no domínio físico, enquanto as mulheres apresentaram aumento da deterioração da capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade e saúde mental. Porém apresentavam diminuição da dor comparada aos homens. Tais dados contrariam os achados do presente estudo, pois apesar de haver diminuição de alguns domínios mencionados, houve significância estatística apenas referente aos aspectos emocionais.

Quando um indivíduo é afetado por uma doença crônica, diversos fatores são responsáveis por afetar sua qualidade de vida, e não apenas o fator patológico de forma isolada. Fatores como o sexo, a idade, religião e a sua adequação à vida após a doença, influenciam diretamente na sua qualidade de vida³⁵.

A QV surge como uma nova meta a ser alcançada pela área da saúde, pois o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura ou algumas vezes o controle da doença, mas deve também proporcionar melhora da qualidade de vida das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais²⁸.

Na referida pesquisa, foi possível comprovar o impacto das sequelas da DVE na QV dos pacientes. A utilização do SF-36 foi de suma importância para o reconhecimento do perfil dos pacientes com DVE. Houve uma diminuição em todos os aspectos analisados, constatados através dos coeficientes físico e mental sumarizados, onde encontrou-se respectivamente uma pontuação de 48,5 ($\pm 10,5$) e 41,4 (± 11). Observou-se um maior comprometimento referente aos aspectos físicos e emocionais, que obtiveram as respectivas pontuações 17,5 ($\pm 33,5$) e 41,6 ($\pm 46,9$), tais dados corroboram com os achados do estudo de Cesário, Penasso e Oliveira⁹.

Pesquisas realizadas, com o mesmo perfil de pacientes e com a aplicação do SF36, revelam que os valores referentes às dimensões do questionário eram inferiores a 50, antes de início do tratamento com a fisioterapia e logo melhoram com a evolução do tratamento. O comprometimento destas dimensões gera um grande impacto na saúde mental e estado geral de saúde nesses indivíduos^{30,36,37}. Os pacientes incluídos na presente pesquisa realizavam o tratamento fisioterápico regularmente e, alguns aspectos do questionário tais como a dor, o estado geral de saúde, a vitalidade, aspectos sociais e a saúde mental apresentavam escores acima de 50 pontos.

Rangel, Belasco, Diccini²⁹ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação. Na aplicação do questionário de qualidade de vida, as dimensões do SF-36 mais comprometidas foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais, sendo encontrados respectivamente os seguintes valores: 11,4 ($\pm 20,0$), 2,9 ($\pm 12,8$), 44,6 ($\pm 16,1$), 39,7 ($\pm 32,8$) e 2,6 ($\pm 12,1$). Os autores encontraram escores inferiores aos verificados na presente pesquisa.

Dados semelhantes foram descritos por Aprile et al³³ quando constataram que pacientes com maiores incapacidades físicas tinham maior deterioração no estado emocional pela dificuldade na execução de atividades físicas, como as atividades da vida diária (AVD). O domínio aspectos emocionais inclui as limitações relacionadas ao tipo e quantidade de trabalho, assim como o quanto essas limitações podem interferir no desenvolvimento do trabalho e das AVD dos pacientes³⁸.

Em relação à capacidade funcional houve similaridade dos resultados alcançados na referida pesquisa com o estudo de Anderson³⁹, indicando menor capacidade funcional entre pacientes com deficiências decorrentes de acidente vascular cerebral. No presente estudo os indivíduos com DVE apresentaram uma pontuação de 52,2 ($\pm 45,5$) evidenciando a redução da capacidade funcional. É descrito que a limitação no desempenho funcional, como vestir-se, banhar-se e até mesmo caminhar pequenas distâncias de forma independente, consiste em um fator importante na percepção da QV.

Segundo Okuma⁴⁰ a perda da capacidade funcional leva o indivíduo à incapacidade para a realização das atividades de vida diária como: vestir, comer, tomar banho e caminhar pequenas distâncias de forma independente. Da mesma forma, também são prejudicadas as atividades instrumentais da vida diária, que se referem às atividades mais complexas do cotidiano, tais como: passear, fazer compras, limpar a casa, lavar roupa, dirigir, utilizar meios de transporte coletivo entre outros.

O baixo escore encontrado nos aspectos físicos referente aos indivíduos avaliados da nossa pesquisa, com pontuação de 17,5 \pm 33,5, reflete uma diminuição nas atividades cotidianas predispondo a redução significativa da qualidade de vidas dos pacientes.

A redução dos escores apresentados nesses domínios pode ser explicada pela diminuição da capacidade aeróbica e força muscular destes indivíduos acometidos pela DVE, o que acarreta uma baixa tolerância ao exercício refletindo na diminuição nas habilidades diárias e ocupacionais²⁶.

O domínio da dor que pondera o episódio e a intensidade de quadros algícos, além da influência desse sintoma na vida cotidiana do indivíduo. Ao analisar o domínio dor corpórea no presente estudo, observou-se que este apresentava uma menor redução quando relacionado demais domínios, atingindo uma pontuação de 82 ($\pm 27,4$). Dados similares foram encontrados na pesquisa de Bugge⁴¹. A dor, principalmente a articular, é a companheira constante do portador de sequelas de DVE, sendo a dor na articulação glenoumeral a mais comum e, talvez, uma das mais limitantes⁴².

O estado geral de saúde é o responsável por avaliar a forma de a pessoa demonstrar a sua própria concepção de saúde e de se sentir saudável⁴³. A vitalidade ressalta a interferência da disfunção no conjunto das funções orgânicas e no vigor apresentado por esses pacientes²⁶.

O SF-36, ao avaliar a saúde mental, se aproxima muito mais da concepção apresentada por McAuley et al⁴⁴, que concebe a saúde mental ou psicológica sob dois aspectos com componentes positivos que dizem respeito aos aspectos cognitivos, auto-estima e auto-eficácia e componentes negativos que englobam a depressão, a ansiedade e o estresse. Os escores encontrados por Bugge⁴¹ e Anderson et al³⁹ para pacientes com DVE mostraram valores mais elevados quando comparados ao nosso estudo.

Através da análise domínio relacionado aos aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos), podemos constatar que apesar da doença e da circunstância em que se deparam os pacientes, estes conseguem desempenhar atividades sociais normais, sugerindo que os pacientes tenham se adaptado com as incapacidades.

Anderson et al³⁹ realizaram um estudo randomizado, controlado, com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de alta hospitalar precoce com acompanhamento domiciliar, versus o tratamento convencional em pacientes com DVE. O grupo experimental teve alta hospitalar precoce, onde foi assegurado os cuidados de reabilitação domiciliar como adaptações para a casa, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, e outros cuidados pertinentes a reabilitação domiciliar, visando uma alta hospitalar precoce (dentro de 48 horas da randomização). O grupo controle seguiu um regime de internamento convencional.

Após seis meses de tratamento o autor descreve que não houve diferenças estatisticamente significativa entre os grupos em relação à qualidade de vida mensurada através dos domínios do SF36. Os escores relacionados ao domínio estado geral de saúde foram de 61,8 (\pm 26,5) no grupo experimental e 67,3 (\pm 21,9) no grupo controle, no domínio saúde mental os valores correspondentes foram de 80,5 (\pm 17,3) no grupo experimental e 82,6 (\pm 13,6) no grupo controle³⁹. No presente estudo obteve-se uma pontuação 52,8 (\pm 17,3) para o domínio estado geral de saúde e 61,6 (\pm 14,7) para o domínio saúde mental, escores inferiores ao encontrado pelo autor referido.

Em relação aspectos sociais, Anderson et al³⁹ alcançou escores de 74,7 (\pm 31,3) e 82,8 (\pm 23,8), para o grupo experimental e controle respectivamente. Enquanto no presente estudo os pacientes atingiram um escore de 66,4 (\pm 18,6), valores inferiores aos encontrados pelo autor citado. Tal fato demonstra a importância de um programa de reabilitação, visando a restauração das suas funções e adaptação das incapacidades para que o paciente esteja apto a desempenhar suas atividades sociais com naturalidade.

Uma das limitações deste estudo é a amostra por conveniência, composta apenas por pessoas que estavam em atendimento no nosso serviço e que consentiram participar, o que dificulta a generalização dos resultados. Outra é por se tratar de um estudo transversal, onde os achados apontam mais para uma associação do que uma relação de causa e efeito. Entretanto, por se tratar de uma clínica escola, o conhecimento dos dados sócio-demográficos, assim como os fatores que influenciam a percepção da QV dos pacientes em atendimento pode subsidiar elementos importantes na promoção da saúde para essa população e para a formação dos discentes.

CONCLUSÃO

Os pacientes com sequelas de DVE avaliados através do questionário SF-36 apresentaram comprometimento na percepção da qualidade de vida em relação aos domínios aspecto físico, aspecto emocional e nos coeficientes físico e mental sumarizados, podendo ser explicado pelas manifestações clínicas provocadas pelo DVE, que causam danos na independência e autonomia destes pacientes.

Na comparação entre os gêneros observou-se que a qualidade de vida das mulheres encontra-se mais reduzida no que

concerne aos aspectos emocionais. Sugerindo que as mulheres expressam maior vulnerabilidade entre os estados depressivos e maior instabilidade do humor e, portanto, pior percepção da saúde.

Como benefício, o estudo poderá proporcionar um melhor entendimento das alterações dos pacientes com DVE, contribuindo para um melhor conhecimento dos profissionais da área da saúde e dos pacientes sobre a patologia, pois a partir da opinião/percepção dos mesmos, poderemos propor estratégias para a implantação de projetos dirigidos à sua realidade, tornando-se relevante devido sua preocupação com fatores condicionantes para qualidade de vida e saúde da população em estudo contribuindo para um tratamento mais adequado e consequentemente melhoria da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gillen G. Acidente vascular cerebral. In: Pedretti LW, Early MB. Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2005; 31: 675-703.
2. Rafii MS, Hillis AE. Compendium of cerebrovascular diseases. *Int Rev Psychiatry*. 2006; 18(5), 395-407.
3. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq neuropsiquiatr*. 2000; 5(1): 99-106.
4. Umphred DA. Reabilitação Neurológica. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004, 11-18.
5. André C. Manual de AVC. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2006; p. 250.
6. Nunes S, Pereira C, Silva MG. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Ess-FisiOnline*. 2005; 1(3), 3-20.
7. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares - (SBDCV). Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq neuropsiquiatr*, São Paulo, 2002; 60(3-A), 675-680.
8. Barros AFF, Fábio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados a tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq neuropsiquiatr*, São Paulo, 2006; 64(4), 1009-1014.
9. Cesário CMM, Penasso P, Oliveira APR. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc*. São Paulo, 2006; 14(1), 6-9.
10. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite, VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2004; 4(1), 95-102.
11. Costa IMPDEF. A Qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico [Dissertação]. Aracajú: Universidade Tiradentes; 2008.
12. Fleck MPA, Louzada S, Chachamovich MXE, Vieira G, Santos L, Pinzon, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(2), 178-83.
13. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20, 580-8.
14. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida

e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde coletiva*. 2000; 5, 7-18.

15. Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc.* [periódico online] 2008 [citado 2013 Mar 23]. Disponível em: URL: http://services.epm.br/dneuro/neurociencias/235_revisao.pdf

16. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev. Bras. Reumatol.*, 2003; 43(2), 9-12.

17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin, FMB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25(2), 3186-3191.

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

19. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke* 2003;34(3):801-5

20. Suenkeler IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel WH, et al. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke: relationship to neurological deficit, disability and depression. *J Neurol* 2002;249(9):1160-7.

21. Bolsche F, Hasenbein U, Reissberg H, Schlote A, Wallesch CW. Results of in- vs out patient post-stroke rehabilitation over 6 months. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003;71(9):458-68.

22- Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Guimaraes CQ, Goulart F, Parreira VF, Inacio EP, et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. *Rev. Bras. Fisioter.* 2005;9:347-53.

23 - Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *J. bras. psiquiatr.* 2005;54:312-7.

24. Brasil. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1996; 201, 21082, 16 out. Seção 1.

25. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton, J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83, 1035-42.

26. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr.* 2004;11(3):106-9.

27. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 1999; 39(3), 143-

28. Duncan P, Studenski S, Richards L. Randomized Clinical Trial of Therapeutic Exercise in Subacute Stroke. *Stroke*. 2003;34:2173-80.

29. Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2):205-12

30. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(1):19-23.

31. Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs.* 2009;41(2):92-105.

32. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por um accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalar. *Rev Neurol*, 42 (11), p. 655-659, 2006

33. Aprile I, Piazzini DB; 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.* 27 (1), p. 40-46, 2006.

34. Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, Boysen G, De Deyn PP, Leys D, et al. Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007;38(11):2960-4.

35. Brasil VV; Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(2):383-94

36. Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):666-72.

37. Madden S, Hopman WM, Bagg S, Verner J, O'Callaghan CJ. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85(10):831-8.

38. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc.* 2010;18(2):139-144

39. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. home or hospital for stroke rehabilitation? Results of randomized controlled trial I: health outcomes at 6 months. *Stroke* 2000; 31: 1024-1031.

40. Okuma SS. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. Tese de doutorado em psicologia - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1997.

41. Bugge C, Hagen S, Alexander H. Measuring stroke patient's health status in the early post-stroke phase using the SF-36. *Int. J. Nurs. Stud.* 2001; 38: 319-327.

42. Horn AI, Fontes SV, Carvalho SMR, Silvado RAB, Barbosa PMK, Durigan Jr A et al. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr* 61(3-B):768-771, 2003

43. Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). *Rev. bras ciênc. mov* 2002; 10(1): 47-54.

44. McAuley E, Rudolph D. Physical activity, aging, and psychological well-being. *J Aging Phys Activ.* 1995; 3: 67-9