

FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM AVC PÓS ALTA DA UTI

Functionality and quality of life of stroke survivors after ICU discharge

Renato Canevari Dutra da Silva¹, Jordana Gaudie Gurian², Marcelo Curi²,
Larissa de Assis Timpone², Marcelo Gomes Judice³, Ana Paula Félix Arantes⁴

1 – Professor Adjunto da Universidade de Rio Verde – UniRV;

2 – Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – UniRV.

3 – Professor Adjunto da Universidade de Rio Verde – UniRV;

4 – Fisioterapeuta da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Verde-GO.

Autor correspondente:

Renato Canevari Dutra da Silva

Endereço: Rua RC 11, Qd. 09, Lt. “C”, Residencial Canaã, Rio Verde- GO, CEP: 75909-690;

e-mail: renatocanevari@yahoo.com.br

RESUMO

O acidente vascular cerebral resulta em inúmeras manifestações clínicas que comprometem a funcionalidade e limitam a realização das atividades de vida diária, restringem a participação social e comprometem a qualidade de vida (QV), sobretudo no período de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O presente estudo teve por objetivo avaliar a QV e funcionalidade de pacientes com AVCi após alta da UTI e após um mês de alta hospitalar. Para tanto foi realizado um estudo observacional longitudinal, como amostra de 42 pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) após alta da UTI do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde (HMURV), que foram submetidos avaliação da QV através do SF-36 e da funcionalidade pelo índice de Barthel em dois momentos: após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar. Como resultado e conclusão, foram observados médias de escore de SF-36 e IB maiores após um mês de alta

hospitalar devido ao retorno do indivíduo a rotina normal e ausência das intervenções da UTI, presença de correlação entre QV, funcionalidade e tempo de permanência em UTI, sendo que quanto maior a estadia pior os escores de QV e de funcionalidade isoladamente; e, por último, ausência de correlação entre a melhoria dos escores de QV e de funcionalidade após alta hospitalar que pode ser explicado pela característica multifatorial de interferência da doença.

Palavras Chave: AVC; qualidade de vida; funcionalidade; UTI.

► ABSTRACT

Stroke results in numerous manifestations that compromise the functionality and limitation of daily life activities, restrict social participation and compromise quality of life, especially during the period of hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU). The present study aimed to evaluate the quality of life and the frequency of patients with vascular brain disease right after ICU discharge and after one month after hospital discharge. This longitudinal study was carried out in 42 patients diagnosed with ischemic stroke post ICU discharge of the University Hospital of Rio Verde (HMURV), who underwent a conventional physiotherapeutic evaluation, quality of life assessment (QoL) by SF-36 and functionality by Barthel's index in two moments: after discharge from ICU and one month after hospital discharge. As a result and conclusion, mean scores of SF-36 and IB higher after one month of hospital discharge were observed due to the return of the individual to the normal routine and absence of the ICU interventions; presence of a correlation between QoL, functionality and length of stay in the ICU, and the greater the lower the QoL and functionality scores in isolation; lastly, no correlation between the improvement of QoL scores and functionality after hospital discharge that can be explained by the multifactorial characteristic of disease interference.

Key words: stroke; quality of life; functionality; ICU.

► INTRODUÇÃO

As doenças cérebro vasculares ocupam o segundo lugar entre as doenças que levam vítimas ao óbito no mundo apresentando uma tendência de se manter assim até 2030, perdendo somente para as doenças cardiovasculares. O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas responsáveis por essa estatística alarmante sendo que no Brasil é o principal causador de morte e incapacidade representando um total de 165899 hospitalizações em 2012^{1,2}.

Trata-se de uma doença caracterizada pelo aparecimento de sintomas e sinais súbitos que levam a disfunções vasculares ou focais. Dividem-se em dois tipos principais: o Isquêmico que é caracterizado por uma perda de função focal de origem vascular e o Hemorrágico que ocorre por uma ruptura vascular na região cerebral. Ambas são de grande gravidade, porém no Brasil, os AVCi representaram 80% dos casos dos AVCs, tendo assim uma importância epidemiológica maior^{3,4}.

As alterações cerebrais causadas pelo AVC, em especial os isquêmicos, quando não levam ao óbito podem gerar interferências sensoriais e motoras que persistem ao longo da vida do paciente. As alterações sofridas se relacionam com as áreas cerebrais afetadas podendo ocasionar hemiparesia, hemiplegia, disartria, alterações visuais, dismetria, disfagia, déficit cognitivo entre outros. Assim, para evitar os agravos da doença e tratar as manifestações clínicas graves inúmeros pacientes são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁵.

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, mas tidos ainda como recuperáveis. Contudo, devido às atividades exercidas ou falta de seu exercício pelo paciente durante a estadia no ambiente da UTI é responsável por um declínio cognitivo e físico nesses indivíduos^{6,7}.

De acordo com alguns estudos, a imobilização prolongada, uso de algumas drogas influenciadoras do sistema nervoso central e neuromuscular, sedação prolongada, ventilação mecânica e gravidade da doença geram declínios psicofísicos nos indivíduos a partir de 72h de internação tendo efeitos duradouros até 5 dias após a alta da UTI^{8,9}.

Assim, como consequências das complicações geradas pela própria doença e daquelas associadas às internações em UTIs, esses pacientes cursam com quadros de total ou parcial incapacidade física, perda da perspectiva da produtividade de trabalho, elevados custos financeiros do tratamento e alteração de sua relação como ser humano no ambiente em que viveu durante toda a vida^{5,10}.

Relacionada com estes aspectos, está à qualidade de vida (QV) que é definida como uma percepção subjetiva do estado físico, psíquico e mental que o indivíduo apresenta e que é influenciada por causas multifatoriais sendo um instrumento importante para estimativa prognóstica de diversas comorbidades. As limitações funcionais e emocionais que ocorrem nos pacientes com AVCi alteram de forma significativa sua qualidade de vida gerando impactos negativos multifatoriais em sua vida^{11,12}.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV e funcionalidade de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico após alta da UTI e após um mês de alta hospitalar.

► MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo observacional longitudinal, utilizando como amostra pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) após alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de médio porte, o Hospital Municipal Universitário de Rio Verde (HMURV). Estes foram submetidos à avaliação fisioterapêutica convencional, avaliação da QV e da funcionalidade em dois momentos: após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar.

Foram incluídos nesses estudos os seguintes pacientes: com diagnóstico de AVCi cujo primeiro episódio ocorreu com idades entre 50 a 75 anos; de ambos os sexos que receberam alta da UTI do HMURV; permanência de pelo menos 24 horas em internação na UTI; com índice prognóstico de severidade da doença menor que 19, segundo o APACHE (*Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*); e que não foram submetidos a ventilação mecânica invasiva. Todos os critérios tinham como objetivo estabelecer uma simetria amostral e este último em especial visava não influenciar o resultado final da pesquisa uma vez que os pacientes submetidos a ventilação mecânica necessariamente seriam sedados e por esse motivo apresentariam maiores comprometimentos em comparação aos demais.

Foram excluídos os pacientes com antecedentes e déficits neurológicos anteriores e amputação de membros inferiores, devido a possibilidade de que estes acometidos possam vir a interferir na avaliação da funcionalidade e QV.

No presente estudo, não houveram pacientes afásicos somente aqueles com dificuldades de responder aos questionários e estes não foram excluídos, uma vez que o questionário poderia ser respondido sem qualquer prejuízo pelo cuidador primário do paciente.

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde e somente após a aprovação foi iniciada a coleta de dados. O projeto foi aprovado sob o parecer consubstanciado número 840.000.

O estudo foi realizado entre abril de 2016 e março de 2017 e nesse período, 74 pacientes deram entrada na UTI do HMURV com diagnóstico de AVC. Destes 25 configuraram perda amostral: 8 foram transferidos para outras unidades de atendimento, 14 vieram a óbito e com 3 perdeu-se o contato após avaliação inicial. Quanto aos eliminados por critérios de exclusão: 7 foram diagnosticados como AVC hemorrágico.

Em relação à caracterização da amostra, foram selecionados 42 pacientes dos quais 64,3% (27) são do sexo masculino e 35,7% (15) são do sexo feminino com média geral de idade de 69,86 anos ($\pm 11,23$). Outros dados coletados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização da amostra

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	58	74	69,86	+11,23
Tempo de internação em UTI (dias)	1	30	7,43	+8,44
Tempo de internação hospitalar (dias)	2	35	13,64	+10,61

DP: desvio padrão

Após aprovação do estudo no comitê de ética em pesquisa, a primeira etapa consistiu na realização de um estudo piloto para preparar e capacitar o fisioterapeuta responsável pela aplicação dos questionários. Esta ocorreu com dois pacientes escolhidos aleatoriamente na enfermaria do HMURV e que não foram computados nessa pesquisa.

Na segunda etapa da pesquisa, deu-se início a seleção de pacientes por meio de uma análise prévia de prontuários do sistema informatizado hospitalar para então convidá-los a participar da pesquisa. Com isso foi possível selecionar aqueles que possuíam critérios de inclusão através de análise dados como: idade, patologia, sexo, tempo de internação em UTI, uso de ventilação mecânica e índice prognóstico de severidade da doença. Em relação a este último, foram selecionados por meio do APACHE, aqueles cujo escore era menor que 19 por representar risco de mortalidade abaixo de 25% uma vez que estes apresentam menores comprometimentos neurológicos e melhor estado geral.

Num terceiro momento, os pacientes pré-selecionados foram convidados a participar do estudo e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram submetidos à aplicação dos questionários, sendo um relacionado à QV e outro à funcionalidade. Os indivíduos não orientados em tempo e espaço, não responsivos ou não colaborativos devido as sequelas do AVCi tinham seus questionários respondidos pelos cuidadores primários, ou seja, os cuidadores que possuem maior responsabilidade pelos cuidados prestados aos pacientes sob suas responsabilidades.

Na primeira avaliação foram confirmados os dados pessoais e posteriormente foi aplicado o questionário de QV através do *Medical Outcome Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) e de funcionalidade por meio do Índice de *Barthel* (IB).

Já na segunda avaliação que se deu um mês após a alta hospitalar, contatou-se os pacientes selecionados através de ligações em telefones residenciais ou móveis (celular). Nesta segunda avaliação subdividiu em dois momentos o primeiro para a avaliação da QV pelo SF-36 e a funcionalidade pelo IB.

O IB é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade e foi escolhido para este estudo devido a sua facilidade de aplicação e tabulação de dados. Um estudo de revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, realizado em 2004, identificou este índice como um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as atividades da vida diária¹³.

Em relação ao SF-36 a escolha deu-se pela sua capacidade de reprodutibilidade e validade no Brasil, aliada à sua abordagem multidimensional da qualidade de vida observando diversos aspectos como funcionais, sociais e psicológicos. A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais, bem como sua confiabilidade, tornam este instrumento um parâmetro adicional útil que pode ser utilizado na avaliação de diversas patologias¹⁴.

Os dados coletados foram tabulados na planilha eletrônica do *Excel*® e posteriormente transferidos para o programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 16.0) para o seu processamento. A verificação da normalidade da amostra foi realizada pelo teste Shapiro-Wilk e como não houve distribuição normal foi utilizado o sinal de *Wilcoxon* para teste de hipóteses não paramétricas.

Por meio deste teste, foi observada a diferença entre as médias dos escores e domínios dos questionários SF-36 e IB imediatamente após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar com as características apresentadas

na forma de média e desvio padrão com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de $p < 0,05$.

Com todos os resultados obtidos foram realizadas as seguintes correlações através do coeficiente de correlação *Rô de Spearman Pearson*: entre a média do escore total e a obtida individualmente em cada domínio no SF-36; entre as medias obtidas no após a alta na UTI e um mês após a alta; entre tempo de permanência na UTI, tempo de permanência hospitalar e QV pelo SF-36; entre tempo de permanência na UTI, tempo de permanência hospitalar e funcionalidade pelo IB; entre a qualidade de vida e a funcionalidade levando em conta as 2 escalas: SF-36 e IB.

► RESULTADOS

Em relação às médias do escore total e os domínios do SF-36 imediatamente obtidos após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar foi possível observar um aumento de escore com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) após um mês da alta hospitalar. Em relação aos domínios do SF-36 observa-se uma diferença estatisticamente significativa em quase todos entre a primeira e a segunda avaliação, sendo que apenas o Estado Geral de saúde (EGS) não obteve diferença estatisticamente significativa após alta de UTI e após um mês de alta hospitalar ($p=0,075$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre as médias do escore total e os domínios do SF-36 imediatamente após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar

Variável	Média após alta UTI	Média após um mês hospitalar	P
Escore total SF-36	89,05	117,1	0,001*
CF	62,5	90,0	0,009*
LAF	0,0	50,0	0,004*

DOR	25,5	74,0	0,001*
EGS	56,0	69,5	0,075
VIT	62,5	80,0	0,003*
AS	50,0	75,0	0,002*
LAE	0,0	66,6	0,011*
SM	68,0	80,0	0,003*

*diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

CF= Capacidade Funcional; LAF= Limitação por Aspectos Físicos; DOR= Dor; EGS= Estado Geral de Saúde; VIT= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AS= Aspectos Sociais; LAE= Limitação por Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental.

Em relação à funcionalidade, foi possível observar por meio do IB que na primeira avaliação houve uma pontuação mínima de 30 e máxima de 95, resultando em uma média de 62,5 ($\pm 22,4$), que qualifica uma perda moderada da funcionalidade. No questionário aplicado um mês após a alta hospitalar, foi encontrada a pontuação mínima 70 e máxima de 100 com uma média de 85 ($\pm 12,04$), qualificando assim uma perda funcional de gravidade leve. Sendo que a diferença entre os escores obtidos após alta da UTI e após um mês de alta hospitalar teve uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$), podendo inferir melhora na funcionalidade destes indivíduos (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre as médias do escore total do Índice de Barthel imediatamente após a alta da UTI e um mês após a alta hospitalar.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP	p
Índice de Barthel após alta da UTI	30	95	62,5	+22,40	
Índice de Barthel após de um mês de alta hospitalar	70	100	85	+12,04	0,002*

*correlação estatisticamente significante ($p < 0,05$); DP: desvio padrão

Ao correlacionar os dados obtidos, foi possível observar por meio do SF-36 que quanto maior o tempo de internação em UTI, maior o comprometimento da QV desses pacientes em relação a variável tempo de internação em UTI ($p=0,058$). Contudo, ao observar a variável tempo de internação hospitalar não foi possível observar correlação estatisticamente significativa ($p=0,245$).

No que se refere as correlações entre o tempo de internação em UTI, com a funcionalidade pode-se observar também a existência de uma correlação significativa ($p=0,031$) o que permite concluir que quanto maior o tempo de internação em UTI, maior comprometimento na funcionalidade destes indivíduos. Porém, ao observar o tempo de internação hospitalar e funcionalidade, não houve correlação estatisticamente significativa ($p=.0,967$).

A QV analisada pelo questionário SF-36 e a funcionalidade observada pelo IB apresentaram consideráveis melhoras de escore um mês após a alta hospitalar, contudo ao correlacionar esses dados, não houve dados estatisticamente significativos (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlações entre o tempo de internação em UTI, tempo de internação hospitalar com a QV e com a funcionalidade isoladamente e em conjunto.

Variável	Correlação	SF-36	IB
Tempo de internação em UTI	Correlações de coeficiente	-0,517	-0,576*
	Sig. (2 extremidades)	0,058*	0,031*
Tempo de internação hospitalar	Correlações de coeficiente	-0,333	0,012
	Sig. (2 extremidades)	0,245	0,967
		SF-36 um mês após alta hospitalar	IB um mês após alta hospitalar
SF-36 após a alta da UTI	Correlações de coeficiente	0,429	0,093
	Sig. (2 extremidades)	0,126	0,752
IB após a alta da UTI	Correlações de coeficiente	-0,174	-0,086
	Sig. (2 extremidades)	0,552	0,770

*correlação estatisticamente significante ($p<0,05$)

► DISCUSSÃO

Dentre os resultados obtidos, alguns deles foram importantes para a conclusão final do trabalho: maiores médias de escore de SF-36 e IB após um mês de alta hospitalar, presença de correlação entre QV e funcionalidade e tempo de permanência em UTI, quanto maior, menor a QV e a funcionalidade; e, por último, ausência de correlação entre a melhoria dos escores de QV e de funcionalidade após alta hospitalar.

Em relação a qualidade de vida, os pacientes assistidos por este estudo apresentaram aumento das médias segundo o SF-36 após um mês de alta da internação hospitalar e quando internados em UTI por longos períodos, apresentavam piores escores quando comparados aos de pequena estadia. Em um estudo semelhante a este, porém realizado em pacientes internados em UTI com diversas comorbidades, foi avaliada a QV através do questionário SF-36 após receberem alta da UTI. Neste, aqueles que receberam alta apresentam escores melhores do que quando estavam internados, contudo aqueles que haviam permanecido internados por mais tempo, mantinham escores menores que os demais mesmo após a alta hospitalar¹⁵.

De forma mais específica, ao analisar o impacto da internação em UTI na qualidade de vida em pacientes com AVC, diversos estudos encontraram declínio em aspectos funcionais, psíquicos, emocionais e sociais ao analisar a QV desses pacientes por meio do SF-36. Obtendo a conclusão então dos impactos negativos na qualidade de vida que a UTI por longos períodos pode causar^{16,17}.

Outros fatores que devem ser considerados ao analisar a qualidade de vida de pacientes pós AVC, são as comorbidades e as sequelas, muitas delas permanentes, que esses indivíduos desenvolvem. As alterações de mobilidade e as plegias, por exemplo, dificultam a independência e a execução de atividades de vida diária, as lesões cerebrais geram alterações de comunicação e desempenho cognitivo. Essas manifestações afetam os aspectos físicos, sociais e emocionais que influenciam negativamente na qualidade de vida do paciente^{18,19,20}.

Para melhor entendimento dos aspectos relacionados ao tempo de internação na UTI e a qualidade de vida dos pacientes com AVCi, deve-se levar em consideração os fatores influenciadores de sua estadia hospitalar. Esta gera um evento estressor que provoca desestabilização física e emocionalmente no paciente e em toda a família. Dessa forma, os envolvidos no processo de internação em UTI convivem constantemente com sentimentos de tensão, angústia, estresse, ansiedade, raiva, medo e depressão e necessitam desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de crise^{21,22}.

No presente estudo, os domínios da SF-36, Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor; Vitalidade, Aspectos Sociais, Limitação por Aspectos Emocionais e Saúde Mental apresentaram melhora em pacientes pós alta hospitalar. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em 2007 que avaliou uma diminuição da QV nos pacientes durante a estadia na UTI e após reavaliá-lo, fora do contexto hospitalar, após alguns meses de alta pode-se verificar significativas melhoras, certamente influenciado por seu retorno ao meio social e cultural²³.

Mazullo Filho et al. (2011) fazem referência ao avaliar pacientes após um determinado tempo em que estiveram internados em UTI e afirmam que ao retornar os pacientes para suas casas, seus contextos sociais, o escore total desses aumenta significativamente²⁴.

Neste contexto, a avaliação da qualidade de vida nos pacientes com as características da amostra deste estudo deve ocorrer de forma multifatorial considerando as variáveis da doença e aquelas presentes no ambiente hospitalar. Existem diversos fatores que parecem contribuir para o declínio da QV em sobreviventes de AVC, podendo ser citadas a idade avançada, a gravidade dos sintomas motores, a incapacidade de retornar ao trabalho, o prejuízo cognitivo, assim como a presença de comorbidades²⁵.

Em relação aos resultados obtidos sobre funcionalidade em pacientes pós alta da UTI e hospitalar, no presente estudo foi encontrada uma melhoria nos escores dos pacientes após um mês de alta hospitalar e

correlação significativa entre os escores e o tempo de permanência na UTI, quanto maiores, pior a funcionalidade. Diversos estudos semelhantes constataram que os pacientes ao receber alta da UTI tinham uma restrição na capacidade funcional por vários fatores que podem estar relacionados ao tempo de permanência na UTI e também a fatores relacionados ao próprio AVCi^{26,27,15}.

Tais fatores podem estar relacionados a imobilidade, descondicionamento físico, fraqueza, obtida dentro das UTIs podem contribuir para hospitalização prolongada, diminuição da funcionalidade e da QV, assim como foi encontrado no presente estudo. Uma crescente literatura demonstra que o sobrevivente das doenças crítica tratada em UTI têm significativas e prolongadas complicações neuromusculares que complicam sua capacidade funcional após alta hospitalar²⁸.

Além disso, as alterações de funcionalidade podem estar intimamente relacionadas às condições clínicas que o AVC proporciona. Em um estudo realizado em 2010 pela Pontifícia Universidade Católica em Minas Gerais, as mesmas constatações deste estudo foram encontradas, como um declínio na capacidade funcional e limitação física nos pacientes pós AVC. Contudo, estava relacionada com as limitações funcionais que a doença proporcionava diante das plegias e paralisias e a necessidade do uso de equipamentos acessórios para manter a mobilidade o que acabava prejudicando na execução das atividades de vida diária e em sua independência²⁹.

Neste estudo foi relatado uma melhoria nos escores do IB após um mês de alta hospitalar, porém esta não foi proporcionada por intervenções terapêuticas realizadas por esta pesquisa sendo o paciente submetido a rotina clínica normal do hospital onde estavam internados e quando em casa após a alta não sofreram intervenções. Assim, infere-se que a melhora nos escores pode ter ocorrido pela ausência das interferências negativas da UTI e pelo processo de reintegração ao ambiente familiar e a rotina normal do paciente antes da doença.

Inferências semelhantes foram obtidas em estudos realizados em 2016 utilizando o IB, cerca de 76% de 34 pacientes com AVC analisados apresentavam alguma alteração em sua funcionalidade. Nele, esse percentual era atenuado por meio da promoção de um cuidado mais amplo que não visava somente internação em UTI, mas também tinha como objetivo final a reintegração deste indivíduo com seus familiares no ambiente domiciliar³⁰.

Por fim, referente a última constatação obtida nos resultados desta pesquisa, ao correlacionar a avaliação da QV, feito pelo questionário SF-36 com a funcionalidade avaliada pelo IB não foi observado nenhuma correlação estatisticamente significativa.

Este fato pode ser explicado por 2 fatores principais: a QV e a funcionalidade nos pacientes pós AVC não estão diretamente ligadas entre si isoladamente, o quadro clínico do paciente com essa comorbidade é multifatorial e envolve aspectos sociais, mecanismos patológicos da doença e emocionais que podem gerar a manifestação de uma ou a outra variante de forma independente; a segunda explicação está relacionada a triagem realizada para execução da pesquisa que incluíram pacientes sem uso de VM, com melhor prognóstico e estado geral, porém como essas variantes não foram controladas pode ser configurado como uma limitação deste estudo.

Assim, sugere-se a realização de estudos sobre esta temática com maior número de amostra controlando variáveis como grau de comprometimento do AVCi, extensão da lesão, e inserções de terapias de reabilitação, variáveis não controladas no presente estudo, as quais comprometem as generalizações dos resultados para obter parâmetros multifatoriais de observação da doença, como a sua complexidade exige.

► CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados e na discussão dos mesmos pode-se concluir que:1) a QV apresenta melhoria após um mês de alta

hospitalar e está diretamente ligada ao tempo de permanência do indivíduo com AVCi na UTI mas não no leito hospitalar; 2) a funcionalidade desse indivíduo melhora significativamente após um mês de alta hospitalar e está associada ao tempo de permanência na UTI, sendo encontrados escores pelo IB melhores após a alta da UTI, porém sem grandes alterações quando o paciente permanece em leito hospitalar; 3) Não houveram correlações entre QV e funcionalidade dos pacientes pós alta da hospitalar.

Assim, a primeira e segunda constatação devem-se principalmente as alterações sociais, emocionais e físicas que o AVCi e o tempo de permanência na UTI geram no indivíduo. Já a terceira se dá pelos fatores multifatoriais que o acometem quando apresenta a doença, esses fazem com que a QV e a funcionalidade não sejam variáveis dependentes entre si sendo a combinação de vários fatores os principais responsáveis pelas nestas variantes, isoladamente.

► REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). DATASUS Informações de Saúde – TABNET. Assistência à saúde. Morbidade Hospitalar do SUS; 2012 [acesso em 2013 maio 07]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.

2. Garritano CR, Luz PM, Pires ML, Barbosa MT, Batista KM. Analysis of the mortality trend due to cerebrovascular accident in Brazil in the XXI century. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(6):519-27. doi:10.1590/S0066-782X2012005000041

3. Neto JPB, Takayangui OM. Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. 1º edição. São Paulo: Elsevier, 2013

4. Fernandes TG, Goulart AC, Campos TF, Lucena NM, Freitas KL, Trevisan CM et al. Early stroke case-fatality rates in three hospital registries in the Northeast and Southeast of Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012;70(11):869-73. doi:10.1590/S0004-282X2012001100009

5. Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2006 [acesso em 2013 maio 08]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>.
6. Griffiths RD, hall JB. Intensive care unit-acquired weakness. *Critical Care Medicine*. v. 38, n. 3, p. 779-789, 2010.
7. Martinez B P, et al. Declínio funcional numa unidade de terapia intensiva. *Revista Inspirar Saúde e Movimento*, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2013.
8. França, et al. Força tarefa sobre a fisioterapia em pacientes críticos adultos: diretrizes da associação brasileira de fisioterapia respiratória e terapia intensiva (ASSOBRAFIR) e associação de medicina intensiva brasileira (AMIB). São Paulo (SP). 2013. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/DEFIT.pdf>
9. Maturana MJ, et al. Escalas de avaliação funcional em unidade de terapia intensiva (UTI): revisão sistemática. *Revista Inspirar Saúde e Movimento*, v. 13, n. 2, p. 21-29, 2017.
10. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
11. World Heart Federation. Stroke [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/stroke/>
12. Lima ML, Santos JL, Sawada NO, Lima LA. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00453.pdf]
13. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública Rep Public Health*. 2005;21(1):7-19

14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999.

15. Tereran NP, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida prévia à internação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. v. 24, n. 4, p. 341-346, 2012.

16. Canuto MAO, Nogueira LT, Araujo TME. Qualidade de vida relacionada a saúde de pessoas pós acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(3):245-52.

17. Monteiro RB, Laurentino GE, Melo PG, Cabral DL, Correa JC, Teixeira-Salmela LF, et al. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2017-27.

18. Moreira RP, Araújo TL, Pagliuca LM. Limitação da mobilidade física em pacientes após o acidente vascular encefálico no domicílio: proposta de um conceito. *Rev Rene*. 2013; 14(5):920-8.

19. Chaves DB, Costa AG, Oliveira AR, Silva VM, Araújo TL, Lopes MV. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós acidente vascular encefálico. *Rev Rene*. 2013; 14(5):877-85.

20. Lima ML. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010. 124p

21. Freitas KS, Mussi FC, Menezes IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.16, n. 4, p. 704-711, 2012. doi:10.1590/S1414-81452012000400009

22. Zanetti TG, Stumm EMF, Ubessi LD. Stress and coping in families of patients in an intensive care unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 5, n. 2, p. 3608-3619, 2013. doi:10.9789/2175-5361.2013.v5i2.36083619

23. Machado FO, Basso G, Margarida CS, Moritz RD. Avaliação da qualidade e satisfação de vida dos pacientes antes da internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v.19, n.1, p. 60-66, 2007.

24. Mazullo filho, R. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Teresina-PI. *ConScientiae Saúde*. v.10, n. 4, p. 643-649, 2011.

25. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, Mckevitt CD. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*, v. 35, p. 273-279, 2006.

26. Mafra JMS. Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade do paciente crítico após alta hospitalar. 2012. Dissertação. Mestrado em Ciências da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo-SP.

27. Smajlović, D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vascular Health and Risk Management*. v. 11, p. 157-164, 2015. <http://dx.doi.org/10.2147/VHRM.S53203>

28. Carvalho TG, Santos ALG, Santos ML, Schäfer J, Cunha LS, Santos LJ. Relação entre saída precoce do leito na unidade de terapia intensiva e funcionalidade pós-alta: um estudo piloto. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v.3, n. 3, p. 82-86, 2013.

29. Scalzo PL, Souza ES, Moreira OAG, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de fisioterapia PUC minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):139-144

30. Utida KAM, Batiston AP, Souza LA. Nível de independência funcional de pacientes pós acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação.