

# Qualidade de vida relacionada à saúde específica de sobreviventes de acidente vascular encefálico: fatores associados

*Specific health-related quality of life in Cerebrovascular accident survivors: associated factors*

*Calidad de vida relacionada a la salud específica de supervivientes de accidente cerebrovascular: factores relacionados*

**Cleane Rosa Ribeiro da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0475-2950

**Cláudia Jeane Lopes Pimenta<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1458-8226

**Lia Raquel de Carvalho Viana<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4220-906X

**Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6956-9831

**Tháise Alves Bezerra<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3242-4468

**Tatiana Ferreira da Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6448-4302

**Maria de Lourdes de Farias Pontes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5187-6876

**Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2054-6943

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

## Como citar este artigo:

Silva CRR, Pimenta CJL, Viana LRC, Ferreira GRS, Bezerra TA, Costa TF, et al. Specific health-related quality of life in Cerebrovascular accident survivors: associated factors. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20210407. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0407>

## Autor Correspondente:

Cleane Rosa Ribeiro da Silva  
E-mail: cleane\_rosas@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

**Submissão:** 30-05-2021    **Aprovação:** 16-08-2021

## RESUMO

**Objetivos:** identificar os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde específica de sobreviventes de acidente vascular encefálico. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 160 sobreviventes de acidente vascular encefálico. Os dados foram coletados por meio do Índice de Barthel, Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico e instrumento semiestruturado para os dados sociodemográficos e clínicos, analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a qualidade de vida relacionada à saúde associou-se à atividade laboral ( $p=0,027$ ), atividade física ( $p=0,007$ ), capacidade funcional ( $p\leq 0,001$ ), presença de cuidador ( $<0,001$ ), alteração motora ( $p\leq 0,001$ ) e reabilitação ( $p=0,003$ ). As pessoas funcionalmente dependentes demonstraram 14,61 vezes mais chance de apresentar baixa qualidade de vida relacionada à saúde; e aquelas com alteração motora demonstraram 3,07 vezes mais chance. **Conclusões:** evidenciou-se que a dependência funcional e a alteração motora elevam a chance de uma baixa qualidade de vida relacionada à saúde em sobreviventes de acidente vascular encefálico.

**Descritores:** Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Qualidade de Vida; Atividades Cotidianas; Sobreviventes.

## ABSTRACT

**Objectives:** to identify factors associated with specific health-related quality of life in cerebrovascular accident, or stroke, survivors. **Methods:** cross-sectional study, carried out with 160 cerebrovascular accident survivors. Data were collected using the Barthel Index, Cerebrovascular Accident Specific Quality of Life Scale, and semi-structured instruments for sociodemographic and clinical data, analyzed by descriptive and inferential statistics. **Results:** health-related quality of life was associated with work activity ( $p=0.027$ ), physical activity ( $p=0.007$ ), functional capacity ( $p\leq 0.001$ ), presence of caregiver ( $<0.001$ ), motor alteration ( $p\leq 0.001$ ) and rehabilitation ( $p=0.003$ ). The functionally dependent people were 14.61 times more likely to present low health-related quality of life, and those with motor impairment were 3.07 times more likely. **Conclusions:** it was evidenced that functional dependence and motor impairment increase the chance of low health-related quality of life in cerebrovascular accident survivors.

**Descriptors:** Nursing; Cerebrovascular Accident; Quality of Life; Daily Activities; Survivors.

## RESUMEN

**Objetivos:** identificar factores relacionados a calidad de vida relacionada a salud específica de supervivientes de accidente cerebrovascular. **Métodos:** estudio transversal, realizado con 160 supervivientes de accidente cerebrovascular. Los datos fueron recolectados mediante el Índice de Barthel, Escala de Calidad de Vida Específica para Accidente Cerebrovascular e instrumento semiestruturado para los datos sociodemográficos y clínicos, analizados por estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** la calidad de vida relacionada a salud se relacionó a la actividad laboral ( $p=0,027$ ), actividad física ( $p=0,007$ ), capacidad funcional ( $p\leq 0,001$ ), presencia de cuidador ( $<0,001$ ), alteración motora ( $p\leq 0,001$ ) y rehabilitación ( $p=0,003$ ). Las personas funcionalmente dependientes demostraron 14,61 veces más chance de presentar baja calidad de vida relacionada a salud; y aquellas con alteración motora demostraron 3,07 veces más chance. **Conclusiones:** se evidenció que la dependencia funcional y la alteración motora elevan la chance de una baja calidad de vida relacionada a la salud en supervivientes de accidente cerebrovascular.

**Descriptor:** Enfermería; Accidente Cerebrovascular; Calidad de Vida; Actividades Cotidianas; Sobreviventes.

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) configura-se como um relevante problema de saúde no mundo e destaca-se por sua elevada incidência bem como altos custos com hospitalização e reabilitação, sobretudo nos países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>. No Brasil, de janeiro de 2020 a janeiro de 2021 registraram-se 184.536 internações por AVE, sendo 49.469 na Região Nordeste<sup>(2)</sup>.

Em decorrência do avanço da medicina e da inovação das estratégias de atendimento de urgência no Brasil<sup>(3)</sup>, dados epidemiológicos demonstram uma queda na taxa de mortalidade por esse agravo<sup>(1)</sup>. Contudo, os sobreviventes de AVE frequentemente são acometidos por sequelas físicas, neurocognitivas, psicossociais e comportamentais<sup>(4)</sup>, que exigem reabilitação em longo prazo<sup>(5-6)</sup>.

As sequelas do AVE podem ocasionar múltiplas perdas, o que frequentemente compromete a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)<sup>(7)</sup>. Essa relaciona-se à influência de uma condição de saúde ou intervenção de cuidados sobre a experiência subjetiva dos indivíduos nos aspectos funcionais, cognitivos, sociais e psíquicos, evidenciando-se como um importante índice de resultados após AVE<sup>(8)</sup>.

O impacto do AVE geralmente é investigado por instrumentos de QVRS<sup>(3,6,8)</sup>. Na América Latina, a maioria dos estudos utiliza escalas genéricas, entretanto a produção científica recomenda a aplicação de instrumentos específicos, validados e com propriedades psicométricas adequadas para mensurar o constructo da QVRS nessa população<sup>(6,8)</sup>. Isso porque são mais sensíveis aos efeitos multidimensionais peculiares de um AVE, apresentando maior fidedignidade na percepção do sobrevivente sobre esse acometimento e no fornecimento de informações importantes para o processo de reabilitação<sup>(8)</sup>.

Diante do exposto e da escassez de estudos que avaliam a QVRS específica do AVE e seus preditores, evidencia-se a relevância de pesquisas nessa temática por apresentarem importantes subsídios para o planejamento da assistência à saúde. Nesse cenário, o papel da equipe de enfermagem deve ser direcionado à reabilitação do paciente por meio de um plano de cuidados individualizado, contendo intervenções viáveis e eficazes que possibilitem a identificação precoce de déficits e a redução do impacto das sequelas, com vistas a contribuir para a melhoria da QVRS após AVE<sup>(9-11)</sup>.

## OBJETIVOS

Identificar os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde específica de sobreviventes de acidente vascular encefálico.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O presente estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, embasado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), tendo sido realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa, estado da Paraíba (PB), Brasil, entre os meses de julho e novembro de 2018.

## População e amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo compreendeu sobreviventes de AVE que eram cadastrados nas USFs do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para o cálculo amostral foi aplicado como base o total de internações por AVE no semestre antecedente à coleta de dados, no âmbito hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do município em questão, o que equivaliu a 231 internações<sup>(12)</sup>.

Foi utilizado o cálculo para população finita com proporções conhecidas para definir o tamanho da amostra, empregando como base um intervalo de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ), 50% ( $p = 0,50$ ) de prevalência estimada e 5% (Erro = 0,05) de margem de erro, equivalendo a uma amostra com no mínimo 146 participantes. Foram acrescidos para possíveis perdas ou recusas 10%, totalizando uma amostra de 160 indivíduos.

Os critérios de inclusão definidos foram: pessoas acompanhadas pelas USFs, ter sofrido o AVE há pelo menos três meses, que possuíssem no mínimo uma sequela decorrente do AVE e idade igual ou superior a 18 anos. Foram definidos como critérios de exclusão: afasia, comorbidade neurológica, déficit significativo da audição — na iminência de dificultar a compreensão dos instrumentos — e comprometimentos cognitivos rastreados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(13)</sup>.

## Protocolo do estudo

A escolha dos participantes se deu por intermédio de sorteio, que captou 8 USFs de cada um dos 5 Distritos Sanitários do município, compreendendo 40 USFs sorteadas. Para captação dos participantes, foi realizado um sorteio de quatro usuários por USF com base em uma lista de sobreviventes de AVE com sequelas, fornecida pelos enfermeiros das USFs. A posteriori, o agente comunitário de saúde (ACS) contactou os sorteados para convidá-los a participar do estudo e programar um horário para responder os instrumentos.

Foi utilizado um instrumento semiestruturada para investigar os dados sociodemográficos e clínicos. O Índice de Barthel foi aplicado para avaliar o nível de incapacidade do indivíduo. Esse instrumento é composto por dez itens, cada resposta apresenta uma pontuação específica, com valor total de 0 a 100 pontos<sup>(14)</sup>. No presente estudo, considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos) e dependente (< 100 pontos).

Para a avaliação da QVRS específica pós AVE, foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE). Questionário composto por 49 itens, divididos nos domínios: Autocuidado, Trabalho/produtividade, Linguagem, Visão, Mobilidade, Energia, Papel familiar, Humor, Raciocínio, Papel social, Função de membro superior e Personalidade. A quantificação das respostas é por meio de uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos,

com valor total de 49 a 245<sup>(15)</sup>. Para a classificação da QVRS, foram definidos como baixa QVRS escores inferiores a 60% da pontuação máxima, que corresponde a 147 pontos da EQVE-AVE<sup>(16)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Definiu-se como variável dependente do estudo a QVRS, ao passo que as independentes foram a capacidade funcional, as variáveis sociodemográficas e clínicas dos sobreviventes de AVE.

Os dados foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel. A posteriori, foram transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences<sup>®</sup> (versão 22.0) e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão) e inferencial (qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando as células tinham número igual ou menor que 5; e regressão logística múltipla). Em todas as análises, estabeleceu-se o valor de  $p < 0,05$  para definição da significância estatística.

Realizou-se ainda uma análise multivariada a fim de avaliar as chances de ocorrência do desfecho “baixa QVRS”. Para tal, foi aplicado o modelo de regressão logística ajustada por meio do método *Backward*, com intervalo de confiança de 95%. Para inserção das variáveis independentes na modelagem, foi adotado como critério o valor de  $p < 0,02$  nas análises bivariadas.

## RESULTADOS

Identificou-se baixa QVRS após AVE entre os participantes do estudo (146,55;  $\pm 39,05$ ), e o alfa de Cronbach foi de 0,91. Houve prevalência de baixa QVRS (51,2%). Os domínios da QVRS após AVE mais afetados foram Papel social (2,10;  $\pm 0,74$ ) e Papel familiar (2,26;  $\pm 1,09$ ).

A Tabela 1 descreve a associação entre a QVRS e as variáveis sociodemográficas. Observou-se que houve associação estatística entre a QVRS e a atividade laboral ( $p = 0,027$ ).

**Tabela 1** – Associação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida relacionada a saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018, (N = 160)

Variáveis	QVRS		Valor de p
	Baixa n (%)	Média e alta n (%)	
Sexo			0,994*
Feminino	40 (51,3)	38 (48,7)	
Masculino	42 (51,2)	40 (48,8)	
Faixa etária			0,319*
< 60 anos	11 (42,3)	15 (57,7)	
60 anos ou mais	71 (53,0)	63 (47,0)	
Situação conjugal			0,540*
Com companheiro	74 (52,1)	68 (47,9)	
Sem companheiro	8 (44,4)	10 (55,6)	
Escolaridade			0,709*
Alfabetizados	75 (51,7)	70 (48,3)	
Não alfabetizados	7 (46,7)	8 (53,3)	
Atividade laboral			0,027*
Sim	11 (33,3)	22 (66,7)	
Não	71 (55,9)	56 (44,1)	
Renda individual			0,570*
Até 1 salário mínimo	54 (52,9)	48 (47,1)	
> de 1 salário mínimo	28 (48,3)	30 (51,7)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson; QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

**Tabela 2** – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde, hábitos de vida e condição de saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018, (N = 160)

Variáveis	QVRS		Valor de p
	Baixa	Média e alta	
Consumo de bebidas alcoólicas			0,057**
Sim	4 (25,0)	12 (75,0)	
Não	78 (54,2)	66 (45,8)	
Tabagismo			0,100**
Sim	1 (7,7)	12 (92,3)	
Não	81 (55,1)	66 (44,9)	
Atividade física			0,007*
Sim	5 (23,8)	16 (76,2)	
Não	77 (55,4)	62 (44,6)	
Estado de saúde autorreferido			0,101**
Insatisfeito	61 (70,1)	26 (29,9)	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	15 (31,9)	32 (68,1)	
Satisfeito	6 (23,1)	20 (76,9)	
Quantidade de morbidades			0,073*
0-2	61 (46,9)	69 (53,1)	
3 ou mais	21 (70,0)	9 (30,0)	
Capacidade funcional			< 0,001**
Dependente	80 (59,7)	54 (40,3)	
Independente	2 (7,7)	24 (92,3)	
Presença de cuidador			< 0,001*
Sim	73 (73,0)	27 (27,0)	
Não	9 (15,0)	51 (85,0)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson; \*\* teste exato de Fisher; QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

**Tabela 3** – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características do acidente vascular encefálico, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018, (N = 160)

Variáveis	QVRS		Valor de p
	Baixa	Média/alta	
Último AVE			0,100*
3-6 meses	30 (76,9)	9 (23,1)	
> 6 meses	52 (43,0)	69 (57,0)	
Quantidade de AVE			0,787*
1 episódio	53 (50,5)	52 (49,5)	
2 ou mais	29 (52,7)	26 (47,3)	
Tipos de sequela			< 0,001*
Alteração motora			
Sim	66 (62,3)	40 (37,7)	
Não	16 (29,6)	38 (70,4)	
Fraqueza muscular			0,516*
Sim	41 (53,9)	35 (46,1)	
Não	41 (48,8)	43 (51,2)	
Déficit de sensibilidade			0,060*
Sim	25 (65,8)	13 (34,2)	
Não	57 (46,7)	65 (53,3)	
Distúrbio de humor			0,241*
Sim	21 (60,0)	14 (40,0)	
Não	61 (48,8)	64 (51,2)	
Alteração visual			0,361*
Sim	16 (59,3)	11 (40,7)	
Não	66 (49,6)	67 (50,4)	
Disfagia			0,132*
Sim	14 (40,0)	21 (60,0)	
Não	68 (54,4)	57 (45,6)	
Paralisia facial			0,057*
Sim	5 (29,4)	12 (70,6)	
Não	77 (53,8)	66 (46,2)	
Fez/faz reabilitação após alta hospitalar			0,003*
Sim	53 (62,4)	32 (37,6)	
Não	29 (38,7)	46 (61,3)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson; AVE – acidente vascular encefálico; QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Na associação entre a QVRS com os hábitos de vida e condição de saúde, identificou-se associação estatística com Atividade física ( $p = 0,007$ ), Capacidade funcional ( $p \leq 0,001$ ) e Presença de cuidador ( $< 0,001$ ) (Tabela 2).

A Tabela 3 exhibe os dados acerca da associação entre a QVRS e as características do AVE. Verificou-se associação estatística da QVRS com Alteração motora ( $p \leq 0,001$ ) e Reabilitação após alta hospitalar ( $p = 0,003$ ).

Na Tabela 4, verifica-se o modelo de regressão logística múltipla para a baixa QVRS. Foram incluídas no modelo apenas as variáveis que apresentaram  $p < 0,02$  nas análises bivariadas (Atividade física, Capacidade funcional, Presença de cuidador, Alteração motora e Fez/faz reabilitação após alta hospitalar). As variáveis que permaneceram no modelo ajustado foram a Capacidade funcional (OR= 14,162; IC95%= 3,150 - 63,672) e a Sequela – alteração motora (OR = 3,079; IC95% = 1,452-6,528).

**Tabela 4** – Variáveis associadas à baixa Qualidade de Vida Relacionada à Saúde por meio de regressão logística ajustada, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018, (N = 160)

Variáveis	OR	IC	Valor de p*
Capacidade funcional			0,001
Independente	1,00	-	
Dependente	14,16	3,15-63,67	
Alteração motora			0,003
Sim	3,07	1,45-6,52	
Não	1,00	-	

OR – Odds Ratio; IC – intervalo de confiança; \* significância do teste.

## DISCUSSÃO

A QVRS é uma avaliação de saúde multidimensional significativa e relevante para a comunidade e sistemas de saúde<sup>(8)</sup>. Os agravos crônicos como o AVE requerem manejo de longo prazo<sup>(17)</sup>, incluindo o monitoramento da QVRS por meio da utilização de instrumento específico<sup>(8)</sup>. Este mostra-se como uma ferramenta útil para a enfermagem, pois auxilia na compreensão da percepção do indivíduo sobre a sua saúde e processo de reabilitação<sup>(6,8)</sup>.

No presente estudo, identificou-se baixa QVRS específica do AVE. Uma revisão sistemática com metanálise evidenciou que, apesar da progressão no tratamento do AVE, a maioria dos estudos demonstra resultado equivalente<sup>(18)</sup>. O AVE pode causar redução dos anos de vida por deficiência, e suas sequelas ocasionam repercussões físicas e psicossociais que frequentemente deterioram a QVRS<sup>(6,18)</sup>. A percepção individual comprometida da QVRS é capaz de interferir na adesão terapêutica, o que eleva o risco de recorrência da doença<sup>(17)</sup>.

Na avaliação dos domínios da QVRS após AVE, os mais comprometidos foram Papel social e Papel familiar, corroborando pesquisas nacionais e internacionais<sup>(6,19)</sup>. O domínio Papel social diz respeito ao lazer, socialização com os amigos, relações sexuais e interferência da condição física na vida social. O domínio Papel familiar concerne a questões referentes à diversão com a família, sensação de ser um peso para os familiares e a influência da condição física na vida pessoal<sup>(15)</sup>.

A baixa QVRS nesses domínios pode ser justificada pelo predomínio de pessoas idosas na amostra e elevado prejuízo funcional. Após o acometimento por AVE, os idosos tendem ao

isolamento por serem mais vulneráveis às situações crônicas de saúde, como o comprometimento da integridade física, déficits cognitivos, depressão e transtorno de ansiedade, o que aumenta a chance de reduzir a convivência social e familiar<sup>(20)</sup>. Ademais, as limitações advindas do AVE geralmente prejudicam o retorno da pessoa às suas atividades sociais<sup>(21)</sup>.

A associação entre a baixa QVRS e a ausência de ocupação laboral foi evidenciada no estudo. Dentre as consequências do AVE, está a capacidade reduzida para o retorno ao trabalho<sup>(17)</sup>. Estudos prévios identificaram que as pessoas que não retornaram ao trabalho ficaram mais propensas a transtornos de humor e a vivenciar limitações no convívio familiar e comunitário, bem como a problemas financeiros e insatisfação com a vida, com conseqüente declínio da QVRS<sup>(17,22)</sup>.

Entre as variáveis de hábitos de vida, observou-se relação estatística entre a baixa QVRS e o sedentarismo. No AVE, as sequelas podem provocar inatividade física, contudo recomenda-se que as pessoas nesse contexto participem de programas de exercícios físicos contínuos, pois a rotina de práticas saudáveis pode prevenir um novo AVE, favorecer a reinserção na comunidade e auxiliar na manutenção da independência funcional<sup>(23)</sup>.

Foi identificada relação entre a baixa QVRS com a dependência funcional. Os dados da regressão logística permitem inferir que as pessoas funcionalmente dependentes possuem 14,61 vezes mais chance de apresentar uma baixa QVRS. A literatura evidencia a capacidade funcional como um dos principais determinantes para a QVRS após AVE, por influenciar as dimensões físicas e mentais que conservam a autonomia e independência<sup>(6,16,21)</sup>.

A incapacidade funcional após AVE ocorre devido às sequelas, que podem ser sensitivas, motoras e/ou cognitivas<sup>(10)</sup>. Esses danos interferem na realização do autocuidado, na interação social, no desenvolvimento do papel familiar e no trabalho<sup>(7)</sup>, resultando em prejuízos na execução de atividades que anteriormente desenvolviam. Além disso, tais sequelas predispoem a agravos à saúde como a depressão, ansiedade e estresse, que elevam o risco para uma baixa QVRS<sup>(24)</sup>.

Nesse sentido, a avaliação periódica da capacidade funcional torna-se imprescindível, pois auxilia o enfermeiro e os demais profissionais na identificação do perfil funcional de cada paciente, o que subsidia o planejamento de ações individuais e sistêmicas, com estratégias para a tomada de decisões clínicas eficazes<sup>(11,20-21)</sup>.

A necessidade de um cuidador associou-se à menor média da QVRS. Isso pode ser justificado pela limitação funcional frequente entre os sobreviventes de AVE que precisam do cuidado de terceiros<sup>(24)</sup>. Além do mais, o comportamento superprotetor comum entre os cuidadores pode limitar a autonomia e o autocuidado, e isso provoca um sentimento de impotência e frustração diante das limitações do dia a dia, afetando negativamente a QVRS<sup>(25)</sup>.

A alteração motora repercutiu negativamente sobre a QVRS dos participantes do estudo. As pessoas com alteração motora apresentaram 3,07 vezes mais probabilidade de uma baixa QVRS. Essa sequela compromete a mobilidade, gerando restrições na participação social, impactos emocionais em decorrência da sensação de perda, diminuição da autoestima e mudanças na rotina, o que justifica a associação estatística com níveis baixos da QVRS<sup>(26)</sup>. Assim, a utilização de estratégias para beneficiar a função motora e a mobilidade é um mecanismo útil, que contribui positivamente para o bemestar das pessoas após o AVE<sup>(21,27)</sup>.

A associação entre a baixa QVRS e a ausência de reabilitação após a alta hospitalar foi evidenciada no estudo. No Brasil, embora seja crescente no setor público de saúde a disponibilidade de profissionais e serviços voltados à reabilitação, o acesso ao atendimento ainda é escasso e desigual<sup>(28)</sup>, fato que pode ocasionar insegurança em relação ao prognóstico e sequelas permanentes<sup>(29)</sup>.

A reabilitação das sequelas deve iniciar imediatamente após o evento, visto que, comumente, a recuperação das limitações ocorre nos primeiros meses<sup>(30)</sup>. Esse processo deve ser introduzido ainda em ambiente hospitalar e, depois da alta, deve estender-se aos demais níveis de atenção à saúde mediante a prestação de cuidado multiprofissional, com o objetivo de garantir assistência integral e contínua visando reverter as limitações e/ou amenizar as sequelas<sup>(28-29)</sup>.

Nesse contexto, é indispensável a participação do enfermeiro no processo de cuidado aos sobreviventes de AVE. Compete a ele avaliar o paciente e os fatores de risco para uma QVRS comprometida, além de acolher a singularidade que envolve a experiência dos sobreviventes de AVE, considerando culturas e crenças, de modo a construir um plano de cuidados integral e individual que beneficie a QVRS desse segmento populacional<sup>(10,16)</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitações, este estudo não concebe entre as variáveis relação de causa e efeito; e a exclusão de sobreviventes de AVE com comorbidades neurológicas, déficits cognitivos, diminuição significativa da audição e afasia impossibilita a generalização dos resultados.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo contribui com dados relevantes para a produção do conhecimento, nas áreas de ciências da saúde e enfermagem, na perspectiva de reflexões acerca da importância da utilização de instrumento específico para avaliação da QVRS após AVE e dos

fatores que potencializam o impacto negativo dessa morbidade na sobrevida dessas pessoas.

Ressalta-se a importância de considerar os resultados deste estudo em benefício dessa população, utilizando-os como norte para o planejamento de intervenções biopsicossociais que possam intervir efetivamente na QVRS específica de sobreviventes de AVE. Ademais, o presente trabalho fornece subsídios para elaboração de políticas públicas e gestão em saúde, no sentido de favorecer o tratamento, o processo de reabilitação, a reinserção social e o bem-estar dessa população.

### CONCLUSÕES

Os resultados do presente trabalho demonstraram que a maioria dos participantes apresentou baixa QVRS, com maior comprometimento nos domínios Papel social e Papel familiar. Os fatores de ausência de atividade laboral, sedentarismo, dependência funcional, presença de cuidador, sequela motora e ausência de reabilitação após a alta hospitalar foram associados a uma reduzida QVRS. Além disso, evidenciou-se que as pessoas funcionalmente dependentes possuem 14,61 vezes mais chance de apresentar baixa QVRS, e aquelas com alteração motora demonstraram 3,07 vezes mais chance.

Assim, a QVRS de sobreviventes de AVE pode sofrer influência de múltiplos fatores, os quais devem ser identificados a fim de direcionar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a planejarem e implementarem intervenções que reduzam as repercussões negativas desse agravo, favorecendo a QVRS.

### FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### MATERIAL SUPLEMENTAR

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18868>

### REFERÊNCIAS

1. Santana NM, Figueiredo FWS, Lucena DMM, Soares FM, Adami F, Cardoso LCP, et al. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. *BMC Res Notes*. 2018;11(735):1-5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3842-3>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Datasus. Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
3. Reverté-Villarroya S, Dávalos A, Font-Mayolas S, Berenguer-Poblet M, Sauras-Colón E, López-Pablo C, et al. Coping strategies, quality of life, and neurological outcome in patients treated with mechanical thrombectomy after an acute ischemic stroke. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176014>
4. Wang X, Shang S, Yang H, Ai H, Wang Y, Chang S, et al. Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(381). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2368-0>
5. Larsen LP, Johnsen SP, Andersen G, Hjollund NH. Determinants of health status after stroke: a cohort study with repeated measurements. *Clin Epidemiol*. 2020;12:1269-79. <https://doi.org/10.2147/CLEPS270249>
6. Ramos-Lima MJM, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*. 2018;73(e418). <https://doi.org/10.6061/clinics/2017/e418>
7. Faria ACA, Martins MMFPS, Schoeller SD, Matos LO. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):495-503. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>

8. Pedersen SG, Friberg O, Heiberg GA, Arntzen C, Stabel HH, Thrane G, et al. Stroke-Specific Quality of Life one-year post-stroke in two Scandinavian country-regions with different organisation of rehabilitation services: a prospective study. *Disabil Rehabil.* 2020;1-11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1753830>
9. Rancic NK, Mandic MN, Kocic BN, Veljkovic DR, Kocic ID, Otasevic SA. Health-related quality of life in stroke survivors in relation to the type of inpatient rehabilitation in serbia: a prospective cohort study. *Medicina.* 2020;56(12):1-11. <https://doi.org/10.3390/medicina56120666>
10. Lima RJ, Pimenta CJL, Frazão MCLO, Ferreira GRS, Costa TR, Viana LRC, et al. Functional capacity and social support to people affected by cerebrovascular accident. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):868-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0854>
11. Pui KC, Mohd NNA, Abdul AAF. The effectiveness of home-based therapy on functional outcome, self-efficacy and anxiety among discharged stroke survivors. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(47):e23296. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023296>
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 30]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. Mini Exame do Estado Mental em uma população ambulatorial: influência do letramento. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994;52(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
14. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):218-23. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
15. Lima RCM, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Gomes-Neto M. Psychometric properties of the Brazilian version of the Stroke Specific Quality of Life Scale: application of the Rasch Model. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(2):149-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000200012>
16. Canuto MAO, Nogueira LT, Araújo TME. Health-related quality of life after stroke. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):245-52. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600035>
17. Chen Q, Cao C, Gong L, Zhang Y. Health related quality of life in stroke patients and risk factors associated with patients for return to work. *Medicine.* 2019;98(16). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015130>
18. Bello UM, Chutiyami M, Saliu D, Abdu SI, Tafida BA, Jabbo AA, et al. Quality of life of stroke survivors in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.* 2021;30:1-19. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02591-6>
19. Chou CY. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(3):655-62. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.10.022>
20. Das J, Rajanikant GK. Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2018; 90:104-14. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005>
21. Han DS, Chuang PW, Chiu EC. Effect of home-based reablement program on improving activities of daily living for patients with stroke: A pilot study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(49):1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023512>
22. Westerlind E, Hörsell D, Persson HC. Different predictors after stroke depending on functional dependency at discharge: a 5-year follow up study. *BMC Neurol.* 2020;20(263):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01840-y>
23. Shankari G, Ng SC, Goh SY, Woon FP, Doshi K, Wong PS, et al. Modifiable factors associated with non-adherence to secondary ischaemic stroke prevention strategies. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020;29(12). <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105395>
24. Kei CP, Nordin NAM, Aziz AFA. The effectiveness of home-based therapy on functional outcome, self-efficacy and anxiety among discharged stroke survivors. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(47):e23296. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023296>
25. Xu T, O'Loughlin K, Clemson L, Lannin NA, Dean C, Koh GE. Developing a falls prevention program for community-dwelling stroke survivors in Singapore: client and caregiver perspectives. *Disabil Rehabil.* 2019;41(9):1044-54. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1419293>
26. Caro CC, Costa JD, Cruz DMC. The use of mobility assistive devices and the functional independence in stroke patients. *Cad Bras Ter.* 2018;26(3):558-68. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1117>
27. Sakakibara BM, Lear SA, Barr SI, Benavente O, Goldsmith CH, Silverberg ND, et al. A telehealth intervention to promote healthy lifestyles after stroke: the Stroke Coach protocol. *Int J Stroke.* 2018;13(2):217-22. <https://doi.org/10.1177/1747493017729266>
28. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes AB, Schmitt ACB. The access and rehabilitation working process in Primary Health Care. *Fisioter Pesqui.* 2017;2(1):74-82. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16786424012017>
29. Santos EB, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Haas VJ. Changes and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. *Stress Health.* 2018; 34(3):359-66. <https://doi.org/10.1002/smi.2791>
30. Campos LM, Martins BM, Cabral NL, Franco SC, Pontes-Neto OM, Mazin SC, et al. How many patients become functionally dependent after a stroke? a 3-year population-based study in Joinville, Brazil. *PLoS One.* 2017;12(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170204>