



Fatores associados à realização de atividades da vida diária em mulheres após acidente vascular cerebral*

Factors associated with performing activities of daily living in women after suffering a stroke

Factores asociados con la realización de actividades de la vida diaria en mujeres tras accidente cerebrovascular

Como citar este artigo:

Andrade KV, Souza IC, Balsells MMD, Lima ACS, Moura ERF, Aquino PS. Factors associated with performing activities of daily living in women after suffering a stroke. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03560. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018041503560>

-  Karízia Vilanova Andrade¹
-  Izabel Cristina de Souza¹
-  Marianne Maia Dutra Balsells¹
-  Adman Câmara Soares Lima¹
-  Escolástica Rejane Ferreira Moura¹
-  Priscila de Souza Aquino¹

* Extraído da dissertação: "Acidente Vascular Cerebral em mulheres na idade fértil: impacto nas atividades de vida diária", Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2017.

¹ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To associate sociodemographic variables and risk factors for stroke to the degree of dependence for performing the activities of daily living of women of childbearing age after suffering a stroke. **Method:** A prospective and analytical longitudinal study conducted in three public hospitals in Fortaleza, CE, Brazil. The Modified Barthel Index was used at the time of attending the unit and 3 months after the stroke to assess the degree of disability in the performance of activities of daily living. The chi-squared and likelihood ratio tests were chosen to analyze the association between variables. **Results:** There were 109 women of childbearing age who participated in the study. There was an association between higher degrees of dependence in women from the interior/rural areas, with lower income and black people ($p = 0.032$, $p = 0.043$, $p = 0.03$, respectively). Regarding personal risk factors, there was a greater dependency in women with heart disease ($p = 0.040$), sedentary ($p = 0.030$) and alcoholics ($p = 0.017$). **Conclusion:** The results show the factors associated with higher degrees of dependence for performing activities of daily living by women of childbearing age after the occurrence of stroke.

DESCRIPTORS

Stroke; Activities of Daily Living; Women's Health; Nursing Care.

Autor correspondente:

Marianne Maia Dutra Balsells
Rua Alexandre Baraúna, 1115
CEP 60416-000 – Fortaleza, CE, Brasil
marianne mdb@hotmail.com

Recebido: 16/09/2018
Aprovado: 01/08/2019

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocupa o segundo lugar nas principais causas de morte e terceiro lugar como causa mais comum por incapacidades. Na maior parte da América Latina, acomete indivíduos de diferentes faixas etárias e de ambos os sexos, constitui-se na principal causa de morte, sendo boa parte dos fatores de risco evitável⁽¹⁻²⁾.

Destaca-se, entre o público feminino, fatores específicos que o predispõe para o desenvolvimento de AVC, tais como uso de anticoncepcionais hormonais, gravidez e complicações como eclâmpsia, uso de reposição hormonal, depressão, estresse e enxaquecas. Embora geralmente o risco de AVC entre mulheres jovens seja muito baixo, pode aumentar com o tempo⁽³⁾. Mulheres entre as idades de 45 a 54 anos têm um risco mais elevado de ter AVC do que homens na mesma faixa etária⁽⁴⁾. Outro aspecto a ser considerado nesse público envolve as características sociais e econômicas – condições desiguais de vida e trabalho, culminando em diferentes tipos de exposições e vulnerabilidades⁽⁵⁾.

Dessa forma, tem-se verificado um aumento no número de vítimas de AVC do sexo feminino, com idade igual ou inferior a 50 anos, em plena atividade e no auge do seu rendimento, retirando-lhes a capacidade produtiva total ou parcialmente, pelo acometimento neurológico passível de incapacidades⁽⁴⁾. Assim, torna-se imperativo o conhecimento dos fatores de risco encontrados em mulheres em idade fértil (15-49 anos) e do impacto dos *deficit* em suas atividades de vida diária (AVD)⁽⁴⁾. Esse *deficit* neurológico, ocasionado pelo AVC, possui grande impacto na vida do paciente, afetando-o física ou cognitivamente, prejudicando-o em suas AVD⁽⁶⁾.

Na avaliação das AVD, estudos internacionais indicam o Índice de Barthel Modificado (IBM) como um dos instrumentos mais utilizados, pois consiste na investigação de 10 itens de funcionalidade e estabelece o grau de dependência do paciente, apresentando resultados de confiabilidade e validade fidedignos⁽⁷⁾. Esse instrumento global facilita a avaliação diagnóstica e a observação da evolução dos pacientes.

Dados brasileiros apontam que a incidência dos graus de incapacidade que interferem nas AVD é maior entre as mulheres quando comparadas aos homens⁽⁸⁾. Frente a essa problemática, espera-se que o presente estudo ofereça contribuições para a comunidade científica, considerando a escassez de literatura acerca de inquéritos envolvendo mulheres em idade fértil com AVC e as implicações nas AVD. Acredita-se que o conhecimento gerado poderá influenciar as práticas preventivas do AVC e as de promoção da saúde, assim como favorecer políticas públicas voltadas para as mulheres em sua integridade, não somente focadas na sua capacidade reprodutiva, mas nos aspectos gerais do seu processo de saúde e doença, além de fornecer subsídios para o atendimento realizado pelos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção.

Nesse contexto, são relevantes as pesquisas abordando o AVC em mulheres na idade fértil, a fim de conhecer os fatores de risco presentes, a gravidade e o comprometimento neurológico, bem como suas associações com as atividades de vida diária após o diagnóstico. Frente a essas considerações, este estudo teve como objetivo associar as variáveis

sociodemográficas e os fatores de risco para AVC ao grau de dependência para realização das atividades de vida diária de mulheres na idade fértil com Acidente Vascular Cerebral.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com desenho longitudinal prospectivo e analítico.

CENÁRIO

Foi realizada em três hospitais públicos de Fortaleza, CE. Esses hospitais são referência para o atendimento de pacientes com suspeita de AVC. Considerando as peculiaridades de cada hospital, as unidades de internação que fizeram parte da coleta foram: Emergência, Unidade de AVC, Enfermaria Neurológica e Unidade de Terapia Intensiva.

AMOSTRA

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, abordando todas as pacientes internadas no período de coleta de dados. A amostra foi composta de 109 mulheres que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: ter idade fértil – faixa etária de 15 a 49 anos, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) –, ter diagnóstico médico de AVC e estar internada em uma das unidades dos referidos hospitais. Foram excluídas mulheres com ausência de acompanhante, em três visitas seguidas, pacientes internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e/ou com dificuldades de comunicação e aquelas que tiveram mudança de diagnóstico no decorrer das visitas médicas. Diante disso, das 112 mulheres avaliadas, três foram excluídas no decorrer do estudo.

Quando a paciente esteve inconsciente ou apresentou alterações cognitivas ou de compreensão que dificultassem responder a algum questionamento, os acompanhantes eram indagados. O prontuário foi consultado para a confirmação do diagnóstico de AVC e checagem de informações acerca do histórico da paciente e dos dados de admissão.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2015 e outubro de 2016, contemplando duas etapas: 1. Avaliação inicial; e 2. Reavaliação, 3 meses após o AVC. Na primeira etapa a coleta de dados foi iniciada com uma entrevista em que se utilizou de um instrumento com dados de identificação – sociodemográficos, antecedente familiar e pessoal, histórico ginecológico e obstétrico, uso de anticoncepcional oral combinado (AOC), presença de outros fatores de risco para AVC (Hipertensão arterial, Diabetes, Doença cardíaca, Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Eclâmpsia, Enxaqueca, Doença mental, Atividade física, Etilismo, Tabagismo e estresse) –, e dias de internação.

Para avaliar o grau de capacidade para desempenho das AVD, foi utilizado o IBM. Esse instrumento avalia itens como alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferir-se (cama e cadeira), subir e descer escadas, deambulação e manuseio da cadeira de rodas. Mediante a análise desses quesitos foi classificado o nível de dependência:

1) dependência total, 2) assistência em todos os aspectos, 3) assistência em alguns passos da tarefa, 4) assistência mínima ou supervisão na tarefa e 5) totalmente independente. Ao final foram contabilizados os escores totais para classificação da paciente, conforme segue: 10 (dependência total), 11-30 (dependência severa), 31-45 (dependência moderada), 46-49 (ligeira dependência) e 50 (independência total)⁽⁹⁾. Passados os 3 meses do AVC, após a fase aguda, todas as mulheres foram reavaliadas. Elas foram contatadas por meio de ligações telefônicas, e foi aplicado novamente o IBM, com perguntas direcionadas à avaliação da sua evolução clínica.

Ressalta-se que em ambas as etapas os dados foram coletados por duas enfermeiras, uma mestrande e uma doutoranda, ambas com experiência na assistência de enfermagem a vítimas de AVC.

A variável de desfecho foi a capacidade de realização das AVD, obtendo-se uma pontuação de 0 a 50, e as variáveis preditoras se configuraram como os fatores de risco para o AVC e as variáveis sociodemográficas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Adotou-se o intervalo de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas, a normalidade foi verificada mediante o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), adotando-se o uso da mediana para distribuições não normais. Na análise de associação entre variáveis, optou-se pelos testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de Verossimilhança, com adoção de 5% ($p < 0,05$) para o nível de significância.

Tabela 1 – Associação das variáveis sociodemográficas com o grau de dependência para realização das AVD na fase aguda e após três meses – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	Índice de Barthel Modificado										Valores de p	
	Dependência total		Dependência severa		Dependência moderada		Ligeira dependência		Independência			
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial	3 meses
Faixa Etária												
18 – 29	2(11,8)	-	5(29,4)	1(7,1)	6(35,3)	3(21,4)	1(5,9)	4(28,6)	3(17,6)	6(42,9)		
30 – 39	2(9,1)	1(5,3)	4(18,2)	-	4(18,2)	2(10,5)	3(13,6)	4(21,1)	9(40,9)	12(63,2)	0,191‡	0,582‡
40 – 49	5(7,2)	1(1,5)	26(37,7)	6(9,1)	20(29)	14(21,2)	10(14,5)	14(21,2)	8(11,6)	31(47)		
Procedência												
Capital	3(5,6)	1(2)	13(24,1)	2(4)	12(22,2)	5(10)	12(22,2)	14(28)	14(25,9)	28(56)		
Interior	5(10,2)	1(2,2)	19(38,8)	5(11,1)	17(34,7)	13(28,9)	2(4,1)	7(15,6)	6(12,2)	19(42,2)	0,032‡	0,232‡
Outros estados	-	-	2(66,7)	-	1(33,3)	-	-	1(50)	-	1(50)		
Escolaridade												
0 – 9	5(10,2)	1(2,2)	17(34,7)	4(8,9)	14(28,4)	8(17,8)	7(14,3)	14(31,1)	6(12,2)	18(40)		
10 – 16	3(5,6)	1(2)	16(29,6)	3(5,9)	15(27,8)	10(19,6)	7(13)	8(15,7)	13(24,1)	29(56,9)	0,573*	0,374‡
Renda (sal. mín.)												
Até 1	1(2,4)	-	14(33,3)	-	19(45,2)	11(29,7)	2(4,8)	11(29,7)	6(14,3)	15(40,5)		
1,1 – 2,0	4(12,9)	1(3,7)	10(32,3)	2(7,4)	5(16,1)	5(18,5)	6(19,4)	4(14,8)	6(19,4)	15(55,6)	0,043‡	0,025‡
2,1 – 8	4(13,8)	1(3,4)	7(24,1)	3(10,3)	6(20,7)	1(3,4)	6(20,7)	7(24,1)	6(20,7)	17(58,6)		
Ocupação												
Do lar	3(5,4)	1(2)	16(28,6)	4(7,8)	18(32,1)	13(25,5)	8(14,3)	10(19,6)	11(19,6)	23(45,1)		
Fora do lar	6(11,5)	1(2,1)	19(36,5)	3(6,3)	12(23,1)	6(12,5)	6(11,5)	12(25)	9(17,3)	26(54,2)	0,592*	0,548‡
União												
Com companheiro	5(6,8)	2(2,9)	25(34,2)	4(5,9)	18(24,7)	16(23,5)	10(13,7)	12(17,6)	15(20,5)	34(50)		
Sem companheiro	4(11,4)	-	10(28,6)	3(9,7)	12(34,3)	3(9,7)	4(11,4)	10(32,6)	5(14,3)	15(48,4)	0,696*	0,181
Raça												
Negra	3(23,1)	1(10)	3(23,1)	1(10)	4(30,8)	2(20)	1(7,7)	1(10)	2(15,4)	5(50)		
Parda	1(1,6)	-	19(30,2)	4(6,6)	23(36,5)	11(18)	8(12,7)	18(29,5)	12(19)	28(45,9)	0,03‡	0,231‡
Branca	4(15,4)	-	10(38,5)	2(8,3)	2(7,7)	6(25)	4(15,4)	2(8,3)	6(23,1)	14(58,3)		

‡Teste Razão de Verossimilhança; *Teste Qui-quadrado.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o Parecer n.º 1.282.922/15, e do Hospital Geral de Fortaleza com o Parecer n.º 1.327.321/15, atendendo a todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾. Todas as pacientes ou acompanhantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas, identificou-se que a idade variou de 18 a 49 anos; a faixa etária de 40 a 49 anos agrupou o maior número de mulheres, ou seja, 70 (64,2%) adultas jovens, com mediana de 42 anos. Do total, 74 (67,9%) tinham união estável, 41 (37,6%) apresentavam renda de até um salário mínimo e 56 (51,3%) não eram ativas economicamente. A maior parte das mulheres (54, 50,4%) era procedente da capital, havendo três mulheres (2,8%) provenientes de outros estados. No que diz respeito à escolaridade, o estudo mostrou que 50 (45,9%) mulheres possuíam de 10 a 12 anos de estudo, com mediana de 10 anos. Quanto à raça, mais da metade, 64 (58,7%) mulheres consideravam-se pardas em comparação a 26 (24,7%) que se consideravam brancas e 13 (12,3%) que se consideravam negras.

No tocante à investigação dos fatores associados à capacidade funcional das mulheres entrevistadas, verificou-se sua associação com as variáveis sociodemográficas, dispostos na Tabela 1.

Conforme observado na Tabela 1, houve associação entre a procedência e o grau de dependência para a realização das AVD, uma vez que, na avaliação inicial, as mulheres que eram do interior apresentaram maior grau de dependência total ou severa ($p=0,032$), e quase metade das mulheres de Fortaleza apresentou graus variando de ligeira dependência à independência. A renda foi outro fator que influenciou o grau de dependência, uma vez que, na avaliação inicial, as mulheres com renda de até um salário mínimo apresentaram maior prevalência de dependência total a moderada ($p=0,043$) em relação às demais, assim como, na avaliação

após 3 meses, as mulheres que apresentavam maiores salários estavam mais classificadas como independentes. A raça também apresentou significância estatística com o grau de dependência ($p=0,030$), uma vez que na avaliação inicial a raça negra apresentou maior grau de dependência de total a moderada em relação às demais.

As mulheres do estudo também foram entrevistadas quanto à presença e distribuição de fatores de risco para a ocorrência do AVC. Os dados referentes à associação entre os fatores de risco pessoais com o grau de dependência para as AVD foram alocados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Associação entre comorbidades e o grau de dependência para as AVD – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	Índice de Barthel Modificado											
	Dependência Total		Dependência severa		Dependência moderada		Ligeira dependência		Independência		Valores de p	
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial	3 meses
Doença cardíaca												
Sim	1(6,7)	0	5(33,3)	1(8,3)	8(53,3)	3(25)	-	5(41,7)	1(6,7)	3(25)	0,040#	0,309#
Não	8(8,8)	2(2,4)	30(33)	6(7,1)	20(22)	16(8,8)	14(15,4)	16(18,8)	19(20,9)	45(52,9)		
Hipertensão arterial												
Sim	5(11,6)	1(2,6)	13(30,2)	2(5,1)	13(30,2)	8(20,5)	5(11,6)	9(23,1)	7(16,3)	19(48,7)	0,853*	0,971#
Não	4(6,3)	1(1,7)	22(34,4)	5(8,5)	17(26,6)	11(18,6)	9(14,1)	13(22)	12(18,8)	29(49,2)		
Diabetes												
Sim	0	0	2(20)	1(9,1)	3(30)	2(18,2)	2(20)	1(9,1)	3(30)	7(63,6)	0,504#	0,698#
Não	9(9,3)	2(2,3)	32(33)	6(6,9)	27(27,8)	16(18,4)	12(12,4)	21(24,1)	17(17,5)	42(48,3)		
Pré-eclâmpsia												
Sim	1(7,1)	0	4(28,6)	0	6(42,6)	2(16,7)	3(21,4)	5(41,7)	0	5(41,7)	0,104#	0,350#
Não	7(7,7)	2(2,4)	30(33)	6(7,1)	23(25,3)	16(19)	11(12,1)	16(19)	20(22)	44(52,9)		
Eclâmpsia												
Sim	0	0	2(33,3)	1(20)	3(50)	1(20)	3(21,4)	0	1(16,7)	1(20)	0,485#	0,542#
Não	8(8)	2(2,2)	32(32)	5(5,4)	27(27)	17(18,5)	14(14)	20(21,7)	19(19)	48(52,2)		
AIT												
Sim	0	0	3(42,9)	1(14,3)	2(28,6)	0	1(14,3)	2(28,6)	1(14,3)	4(57,1)	0,822#	0,444#
Não	9(8,9)	2(2,2)	32(31,7)	6(6,5)	28(27,7)	19(20,7)	13(12,9)	20(21,7)	19(18,8)	45(48,9)		
AVC anterior												
Sim	1(7,1)	0	1(7,1)	2(14,3)	7(50)	2(14,3)	2(14,3)	4(28,6)	3(21,4)	6(42,9)	0,133#	0,716#
Não	8(8,8)	2(2,4)	33(36,3)	5(6)	22(24,2)	16(19,3)	12(13,2)	18(21,7)	16(17,6)	42(50,6)		
Enxaqueca												
Sim	4(6,3)	1(1,7)	14(22,2)	3(5,2)	23(36,5)	9(15,5)	10(15,9)	15(25,9)	12(19)	30(51,7)	0,053*	0,683#
Não	5(11,6)	1(2,5)	19(44,2)	4(10)	7(16,3)	9(22,5)	4(9,3)	7(17,5)	8(18,6)	19(47,5)		
Doença mental												
Sim	1(5,6)	0	5(27,8)	2(12,5)	7(38,9)	2(12,5)	3(16,7)	3(18,8)	2(11,1)	9(56,3)	0,714*	0,699*
Não	8(9,5)	2(2,6)	28(33,3)	5(6,5)	21(25)	16(20,8)	11(12,1)	18(23,4)	16(19)	36(46,8)		

#Teste Razão de Verossimilhança; *Teste Qui-quadrado.

A associação das comorbidades com a capacidade para realização das AVD evidenciou que 93,3% das mulheres, que possuíam doença cardíaca, apresentaram dependência de severa a moderada para as AVD, na fase aguda, com associação estatística ($p=0,040$). Ademais, 26 (60,4%) das hipertensas manifestaram dependência severa e moderada na fase aguda.

Na fase inicial do AVC, as mulheres que apresentaram como fator de risco pré-eclâmpsia e eclâmpsia desenvolveram, em sua maioria, dependência total a moderada para a

realização das AVD. De forma semelhante, as que tinham sido acometidas, anteriormente, por *deficit* neurológico agudo, AIT e AVC anterior, indicaram dependência severa (42,9%) e moderada (50%) para a realização das AVD. Mais da metade das mulheres (63%) apresentou enxaqueca como fator de risco.

Na Tabela 3 estão contidos os dados referentes à associação dos hábitos de vida com o grau de dependência para as AVD.

Tabela 3 – Associação entre os hábitos de vida e o grau de dependência para as AVD – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis	Índice de Barthel Modificado											
	Dependência total		Dependência severa		Dependência moderada		Ligeira dependência		Independência		Valores de p	
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial	3 meses
Atividade física												
Sim	2(9,1)	1(4,8)	4(18,2)	0	6(27,3)	1(4,8)	2(9,1)	4(19)	8(36,4)	15(71,4)	0,170‡	0,030‡
Não	6(7,1)	1(1,3)	31(36,9)	7(9,1)	23(27,4)	18(23,4)	12(14,3)	18(23,4)	12(14,3)	33(42,9)		
Alcoolismo												
Sim	4(18,2)	2(10,5)	8(36,4)	0	4(18,2)	6(31,6)	3(13,6)	4(21,1)	3(13,6)	7(36,8)	0,405‡	0,017‡
Não	5(5,9)	0	27(31,8)	7(8,9)	25(29,4)	13(16,5)	11(12,9)	17(21,5)	17(20)	42(53,2)		
Tabagismo												
Sim	2(8,3)	1(4,5)	9(37,5)	2(9,1)	8(33,3)	5(22,7)	2(8,3)	6(27,3)	3(12,5)	8(36,4)	0,774‡	0,656‡
Não	7(8,3)	1(1,3)	26(31)	5(6,5)	22(26,2)	14(18,2)	12(14,3)	16(20,8)	17(20,2)	41(53,2)		
Estresse												
Sim	4(8,3)	1(2,3)	14(29,2)	4(9,1)	16(33,3)	7(15,9)	6(12,5)	11(25)	8(16,7)	21(47,7)	0,925*	0,952‡
Não	5(8,9)	1(2)	19(33,9)	3(5,9)	14(25)	10(19,6)	8(14,3)	11(21,6)	10(17,9)	26(51)		
Uso do AOC												
Sim	4(10,5)	1(2,9)	10(26,3)	2(5,7)	12(31,6)	2(5,7)	1(2,6)	10(28,6)	11(28,9)	20(57,1)	0,048‡	0,088‡
Não	5(7,1)	1(1,6)	25(35,7)	5(7,8)	18(25,7)	17(26,6)	13(18,6)	12(18,8)	9(12,9)	29(45,3)		

‡Teste Razão de Verossimilhança; *Teste Qui-quadrado.

Conforme exposto na Tabela 3, a atividade física e o alcoolismo tiveram associação significativa com o grau de dependência na avaliação após os 3 meses, pois a maioria das mulheres independentes era ativa fisicamente, 15 (71,4%), com $p=0,030$, e não era alcoólista, 42 (53,2%), com $p=0,017$. Quanto ao uso de anticoncepcional, na fase aguda, 30 (42,8%) não usuárias apresentaram dependência de total a severa, contrapondo-se a 14 (36,8%) usuárias de AOC. Ao mesmo tempo, 11 (28,9%) usuárias de AOC apresentaram maior grau de independência, quando comparadas às não usuárias, com $p=0,048$.

DISCUSSÃO

Cerca de 50 milhões de sobreviventes pós-AVC em todo o mundo apresentam disfunções físicas, cognitivas e emocionais e, desses, uma parcela de 25% a 74% é dependente em suas AVD⁽⁶⁾. Mulheres em idade fértil, quando acometidas por essa condição e apresentam tais disfunções, encontram-se expostas a desdobramentos específicos do sexo feminino, considerando fatores culturais e sociais⁽⁴⁾. No intuito de abordar essas questões, foram analisadas a associação entre as variáveis sociodemográficas e o grau de dependência.

Quanto à procedência, verificou-se uma pior pontuação no IBM em mulheres que moravam no interior do Ceará, o que pode ser explicado pela demora em chegar ao hospital, tendo como consequência *deficit* neurológicos, dada a urgência em que um AVC se configura, necessitando de reconhecimento imediato e cuidados apropriados. É consenso na comunidade científica que, com um sistema de atendimento eficaz, consegue-se melhorar o prognóstico e reduzir a mortalidade. Logo, um aumento progressivo de pacientes com acesso a esta terapêutica específica, em tempo hábil, diminui a ocorrência de sequelas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Outra variável associada com significância estatística, quanto ao grau de dependência para atividade física, foi a

renda, tanto na avaliação inicial, quanto três meses após o AVC. Estudos demonstram que diversas características influenciam a assistência prestada à paciente acometida por AVC. Entre esses fatores, a condição econômica é considerada um preditor significativo para a recuperação e a qualidade de vida, não só da mulher, mas também dos seus cuidadores⁽¹³⁾. Os resultados da presente pesquisa reforçam as estimativas da OMS, que atestam o agravamento de casos de AVC, especialmente em países de baixa e média renda⁽¹⁴⁾.

A associação estatística encontrada entre raça e dependência para realização das AVD é identificada em outros estudos, como uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, que revelou que os episódios de AVC ocorrem em dobro em pessoas negras, quando comparadas a pessoas brancas, sendo a mortalidade ocasionada por AVC também maior em negros⁽¹⁵⁾. Um estudo de análise observacional transversal, que avaliou associações entre doenças cardiovasculares e determinantes sociais em áreas urbanas e rurais de um estado dos Estados Unidos, encontrou padrões com piores níveis de saúde cardiovascular em mulheres negras independentemente do *status* socioeconômico que elas apresentavam⁽¹⁶⁾.

Embora o presente estudo não seja de comparação entre os sexos, vale ressaltar que as mulheres, conforme evidência a literatura, sofrem mais impacto nas AVD, seja ao apresentar piores resultados para mobilidade, implicando maior grau de dependência⁽¹⁷⁾, bem como piora na qualidade de vida, levando a quadros de ansiedade e depressão⁽¹⁸⁾.

Ao analisar presença de comorbidades, houve associação quanto à doença cardíaca e a dependência para desenvolvimento das AVD ($p=0,04$), sendo a maior parte das mulheres cardiopatas avaliadas com dependência severa a moderada para AVD na avaliação inicial. Há evidências que relacionam cardiopatias com a ocorrência de AVC, conforme demonstra o estudo de *follow-up* realizado nos Estados Unidos – de

3.723 participantes com cardiopatia atrial, 585 (15,7%) experienciaram um episódio de AVC isquêmico (AVCi) durante uma média de 12,9 anos. Embora os casos de ocorrência de AVC, antes da identificação de alguma cardiopatia, não sejam altos em termos absolutos, o embolismo cardíaco causa AVC de forma mais grave e por isso requer uma maior atuação no sentido de reduzir a sua ocorrência⁽¹⁹⁾. Salienta-se que, embora as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte no Brasil, a maioria das mulheres sobrevive ao AVC, quando comparadas aos homens, entretanto, as sequelas resultantes interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida, ocasionando grande repercussão nos sistemas de saúde, nas relações familiares e na seguridade social⁽²⁰⁾.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para AVC e o grau de dependência para as AVD. No entanto, é pertinente destacar que a HAS é uma doença que requer controle na sua evolução, considerando que o tratamento medicamentoso e a mudança de hábitos de vida reduzem significativamente a mortalidade e a morbidade por doença cardiovascular. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 55,3% das mortes/ano ocasionadas por doenças do aparelho circulatório corresponderam a complicações decorrentes da hipertensão arterial. Cerca de 40% dos adultos com 25 anos ou mais foram diagnosticados com HAS⁽²¹⁾.

Tendo em vista seu caráter progressivo, a HAS é hoje uma das principais preocupações das autoridades de saúde, ao ser considerada como principal fator de risco de morbimortalidade cardiovascular. Em relação ao controle de pressão arterial entre hipertensos, as mulheres apresentaram menores índices de valor na pressão sistólica ($p < 0,05$) quando comparadas com os homens⁽²²⁾.

Quanto aos fatores que diziam respeito aos hábitos de vida, observou-se associação estatística do grau de dependência com atividade física e alcoolismo, na avaliação 3 meses após o acometimento. A independência foi maior em mulheres ativas fisicamente e não alcoolistas. Das mulheres que realizavam atividade física, 36,4% eram consideradas independentes para realização das AVD na fase inicial do AVC e 71,4%, após os 3 meses. ($p = 0,030$). Um estudo que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde em população coreana demonstrou que a falta de atividade física repercute em piores indicadores de qualidade de vida e maiores problemas em domínios específicos, como: mobilidade, autocuidado, atividades de vida diária, dor/desconforto e ansiedade/depressão⁽²³⁾.

Uma análise mundial recente corrobora o número elevado de casos de AVC atribuíveis a causas potencialmente modificáveis. História prévia de hipertensão, atividade física irregular, tabagismo e alto consumo de álcool são fatores destacados no estudo⁽²⁴⁾. A presença destes fatores está associada ao risco de AVC com desfechos funcionais de moderados a graves, sugerindo que mudanças modestas de estilo de vida podem reduzir o risco de eventos de AVC incapacitantes⁽²⁵⁾.

Na Rússia, 18,4% de mortes femininas por AVC são atribuídas ao álcool. O efeito estimado de consumo de álcool na mortalidade por AVC é maior entre mulheres na faixa

etária de 30 a 44 anos, sendo sua proporção de mortes estimada em 43,5%⁽²⁶⁾.

No tocante ao uso de AOC, houve associação estatisticamente significativa na avaliação inicial, em que as usuárias de anticoncepcional se apresentaram mais independentes do que as não usuárias. O uso de contraceptivos orais é sinalizado como o principal fator de risco entre mulheres jovens com AVC. Porém, a capacidade funcional nessa população, após o AVC, é recuperada rapidamente, conforme evidenciou uma pesquisa desenvolvida no Irã, em que o grau de independência alcançou 73,1% das pacientes⁽²⁷⁾. Deve-se levar em consideração que a idade mais jovem, que representa as mulheres que utilizam esse método contraceptivo, influencia a recuperação favorável dos *deficit* neurológicos⁽²⁸⁾.

Ressalta-se que apesar da conhecida relação entre AOC e AVC, há uma lacuna na literatura de estudos que avaliam os impactos do AVC nas AVD entre usuárias deste método anticoncepcional⁽²⁹⁾.

As limitações deste estudo devem-se ao fato de tratar-se de estudo unicêntrico, além de ter sido realizado em serviços de alta complexidade, o que pode ter favorecido a inclusão de pacientes mais graves, portanto, com níveis de atividade física e locomoção diminuídos. Outra limitação do estudo foi a exclusão de mulheres sem acompanhante em três visitas consecutivas, visto que muitas não dispunham dele. Ademais, o tempo de utilização de AOC não foi investigado. Sugere-se a realização de outros estudos para a comparação e/ou confirmação destes resultados.

Conforme o exposto, os resultados contribuem para informações acerca do AVC em mulheres e sua repercussão, ao apresentar dados relevantes que demonstram a vulnerabilidade desse público. Dados estes que podem auxiliar no gerenciamento de estratégias que minimizem os riscos, assim como incentivar uma assistência qualificada às mulheres acometidas pelo AVC. Com isso, espera-se que os resultados obtidos e aqui apresentados contribuam para estudos posteriores que abordem aspectos relacionados às limitações de pacientes acometidas por AVC, a fim de produzir e implementar abordagens terapêuticas consonantes com esta condição clínica.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, torna-se imperioso identificar e classificar o perfil da mulher, de acordo com seus fatores de risco para o AVC, para que se possa intervir precocemente, evitando, assim, repercussões na vida dela. Entre os principais fatores de risco identificados quanto ao grau de dependência para as AVD, destacam-se baixa renda, raça negra, doença cardíaca, atividade física e alcoolismo.

O estudo das doenças cerebrovasculares em pacientes adultos jovens e sua prevenção são fundamentais, não só considerando o aumento crescente e o seu impacto individual, mas também levando em conta as repercussões socioeconômicas causadas pelo alto índice de morbimortalidade nesta população economicamente ativa. As mulheres em idade fértil, que fazem parte desse grupo, são pouco estudadas na literatura e, pelas suas peculiaridades no que concerne

a sua importância na família, em plena idade reprodutiva e produtiva, devem ser alvo de pesquisas futuras.

Acredita-se que a divulgação desta pesquisa ofereça subsídios para a prática da enfermagem, no desenvolvimento

de intervenções direcionadas às mulheres em idade fértil, contribuindo para o aumento do conhecimento e do manejo do AVC, resultando, assim, na melhoria da qualidade de vida dessa população.

RESUMO

Objetivo: Associar as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral ao grau de dependência para realização das atividades de vida diária de mulheres na idade fértil com Acidente Vascular Cerebral. **Método:** Pesquisa longitudinal prospectiva e analítica, realizada em três hospitais públicos de Fortaleza, CE. Para avaliar o grau de incapacidade no desempenho das atividades de vida diária, foi utilizado o Índice de Barthel Modificado no momento do comparecimento à unidade e 3 meses após o Acidente Vascular Cerebral. Para a análise de associação entre variáveis, optaram-se pelos testes Qui-quadrado e Razão de Verossimilhança. **Resultados:** Participaram do estudo 109 mulheres em idade fértil. Percebeu-se associação entre maiores graus de dependência nas mulheres procedentes do interior, com menor renda e de raça negra ($p=0,032$, $p=0,043$, $p=0,03$, respectivamente). Quanto aos fatores de risco pessoais, observou-se maior dependência nas mulheres com doença cardíaca ($p=0,040$), sedentárias ($p=0,030$) e alcoolistas ($p=0,017$). **Conclusão:** Os resultados apresentam os fatores associados aos maiores graus de dependência para realização das atividades de vida diária pelas mulheres em idade fértil, após a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral.

DESCRIPTORIOS

Acidente Vascular Cerebral; Atividades Cotidianas; Saúde da Mulher; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Asociar las variables sociodemográficas y los factores de riesgo para Accidente Cerebrovascular con el grado de dependencia para la realización de las actividades de vida diaria de mujeres en la edad fértil con Accidente Cerebrovascular. **Método:** Investigación longitudinal prospectiva y analítica, llevada a cabo en tres hospitales públicos de Fortaleza, CE. A fin de evaluar el grado de discapacidad en el desempeño de las actividades de vida diaria, se utilizó el Índice de Barthel Modificado en el momento de la asistencia a la unidad y 3 meses después del Accidente Cerebrovascular. Para el análisis de asociación entre variables, se optó por las pruebas de Chi cuadrado y Razón de Verosimilitud. **Resultados:** Participaron en el estudio 109 mujeres en edad fértil. Se percibió asociación entre mayores grados de dependencia en las mujeres procedentes del interior, con menores ingresos y de raza negra ($p=0,032$, $p=0,043$, $p=0,03$, respectivamente). En cuanto a los factores de riesgo personales, se observó mayor dependencia en las mujeres con enfermedad cardíaca ($p=0,040$), sedentarias ($p=0,030$) y alcohólicas ($p=0,017$). **Conclusión:** Los resultados presentan los factores asociados con los mayores grados de dependencia para la realización de las actividades de vida diaria por las mujeres en edad fértil, tras la ocurrencia de Accidente Cerebrovascular.

DESCRIPTORIOS

Accidente Cerebrovascular; Actividades Cotidianas; Salud de la Mujer; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Avezum A, Costa Filho FF, Pieri A, Martins SO, Marin Neto J. Stroke in Latin America: burden of disease and opportunities for prevention. *Glob Heart*. 2015;10(4):323-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ghheart.2014.01.006>
2. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2018 July 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44168>
3. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2016 Jan 01]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO_RHR_15.07_eng.pdf
4. Bushnell C, Reeves M, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82(11):922-31. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000208>
5. Moreira CB, Fernandes AFC, Castro RCMB, Oliveira RDP, Pinheiro AKB. Social determinants of health related to adhesion to mammography screening. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):97-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-2016-0623>
6. Pei L, Zang XY, Wang Y, Chai QW, Wang JY, Sun CY, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *Int J Nurs Sci*. 2016;3(1):29-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.01.002>
7. Figueiredo ZMC, Machado WG, Façanha DMA, Magalhães SR, Rodrigues ASR, Brito AMC. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. *Aquichan* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 15];14(2):148-158. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=74131358003
8. Alexandre TS, Corona LP, Nunes DP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):379-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-8910.2014048004754>
9. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke Rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):703-9. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
10. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: 2012 [citado 2018 jul. 28]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
11. Gomes RHS, Santos RS. Evaluation of functional capacity and functional disability in tracheotomized patients at a public hospital in Curitiba. *Rev CEFAC*. 2016;18(1):120-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161813715>
12. Oliveira MS, Araújo F. Implementation of a regional system for the emergency care of acute ischemic stroke: Initial results. *Rev Port Cardiol*. 2014;33(6):329-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.11.004>
13. Jeong YG, Jeong YJ, Kim WC, Kim JS. The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *J Phys Ther Sci*. 2015;27(5):1543-7. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.27.1543>

14. Barbosa Filho DJ, Barros CTL, Silva GA, Melo JG, Santos EFS. Recuperação após acidente vascular cerebral em adulto jovem submetido à fisioterapia alternativa. *Rev Interfaces Saúde Humanas Tecnol.* 2015;2(6):1-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.16891/2317.434X.142>
15. Boehme AK, Siegler JE, Mullen MT, Albright KC, Lyerly MJ, Monlezum JD, et al. Racial and gender differences in stroke severity, outcomes and treatment in patients with acute ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2014;23(4):e255-61. DOI: <http://10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.11.003>
16. Davis SK, Gebreab S, Quarells R, Gibbons GH. Social determinants of cardiovascular health among black and white women residing in Stroke Belt and Buckle regions of the South. *Ethn Dis [Internet].* 2014 [cited 2018 July 12];24(2):133-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051397/>
17. López Espuela F, Portilla Cuenca JC, Leno Díaz C, Párraga Sánchez JM, Gamez-Leyva G, Casado Naranjo I. Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo. *Neurología [Internet].* 2017 [citado 2018 jun. 12];32(2):1-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-diferencias-genero-calidad-vida-largo-S021348531730347X>
18. Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araújo TL. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2015 [cited 2018 July 08];49(1):136-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100136&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Kamel H, Bartz TM, Elkind MSV, Okin PM, Thacker EL, Patton KK, et al. Atrial cardiopathy and the risk of ischemic stroke in the CHS (Cardiovascular Health Study). *Stroke.* 2018;49(4):980-6. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020059>
20. Mansur AP, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in women and men in the five Brazilian Regions, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(2):137-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160102>
21. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018 July 28]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
22. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2016 [cited 2018 July 26];50(1):50-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100050
23. Kwon S, Park JH, Kim WS, Han K, Lee Y, Paik NJ. Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. *PLoS One.* 2018;13(4):1-12. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0195713>
24. Feigin VL, Krishnamurthi R. Stroke is largely preventable across the globe: where to next? *Lancet.* 2016;388(10046):733-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30679-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30679-1)
25. Rist PM, Buring JE, Kase CS, Kurth T. Healthy lifestyle and functional outcomes from stroke in women. *Am J Med.* 2016;129(7):715-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.002>
26. Razvodovsky YE. Fraction of stroke mortality attributable to alcohol consumption in Russia. *Adicciones.* 2014;26(2):126-33. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.14>
27. Ghiasian M, Mansour M, Mazaheri S, Pirdehghan A. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses in Hamadan, West of Iran. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25(6):1313-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.02.022>
28. Van Der Cruyssen K, Vereeck L, Saeys W, Remmen R. Prognostic factors for discharge destination after acute stroke: a comprehensive literature review. *Disabil Rehabil.* 2015;37(14):1214-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.961655>
29. Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino PS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):647-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0056>

