

Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação

Quality of life of patients with stroke rehabilitation

Edja Solange Souza Rangel¹
Angélica Gonçalves Silva Belasco²
Solange Diccini²

Descritores

Qualidade de vida; Acidente vascular cerebral; Enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Enfermagem em saúde pública

Keywords

Quality of life; Stroke; Nursing; Nursing research; Public health nursing

Submetido

5 de Agosto de 2012

Aceito

21 de Fevereiro de 2013

Resumo

Objetivos: Avaliar e correlacionar a qualidade de vida e depressão de pacientes após acidente vascular cerebral em reabilitação.

Métodos: Estudo transversal realizado em dois serviços de reabilitação, com pacientes de acidente vascular cerebral. As informações coletadas foram sociodemográficas, o *Medical Outcome Study 36 - item short-form health survey*, o *Stroke Specific Quality of Life Scale*, o Índice de Barthel e o Inventário de Depressão de Beck.

Resultados: A amostra foi constituída de 139 pacientes, idade média 59,4 anos e 59% eram homens. Houve comprometimento dos escores da qualidade de vida geral e específica. Segundo o Índice de Barthel 49,6% dos pacientes apresentavam dependência moderada a severa e 49,7% tinham sintomas depressivos, conforme Inventário de Depressão de Beck, não havendo correlação positiva entre estes dados e qualidade de vida geral e específica.

Conclusão: A qualidade de vida geral e específica dos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação, apresentou domínios comprometidos.

Abstract

Objectives: To evaluate and correlate quality of life and depression of patients in rehabilitation after stroke.

Methods: A transversal study conducted in two rehabilitation services with patients after stroke. Information collected included sociodemographic data, the *Medical Outcome Study Short-form 36 - item Health Survey*, the *Stroke Specific Quality of Life Scale*, the Barthel Index and the Beck Depression Inventory.

Results: The sample consisted of 139 patients, with a mean age of 59.4 years; 59% were male. The general and specific quality of life scores were compromised. According to the Barthel Index, 49.6% of the patients presented moderate to severe dependency, and 49.7% had depressive symptoms according to the Beck Depression Index; there was no positive correlation between these data and general and specific quality of life.

Conclusion: General and specific quality of life of patients in rehabilitation, after stroke, presented compromised domains.

Autor correspondente

Edja Solange Souza Rangel
Rua Doutor Jorge de Lima 113,
Trapiche da Barra, Maceió, AL, Brasil.
CEP: 57010-300
edjasrangel@hotmail.com

¹Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O acidente vascular cerebral é frequente em adultos e é a segunda causa de morte no mundo e a primeira causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diária. Conforme a Organização Mundial de Saúde, 15 milhões de pessoas apresentam acidente vascular cerebral por ano, destas cinco milhões morrem em decorrência do evento e grande parte dos sobreviventes apresenta sequelas físicas e/ou mentais. Alterações discretas são manifestadas por 37% dos pacientes após o acidente vascular cerebral, 16% apresentam moderada incapacidade e 32% demonstram alteração intensa ou grave da capacidade funcional e alguns dependem de cadeira de rodas ou ficam restritos ao leito. As sequelas geram impacto econômico, social e familiar, sendo que 15% dos pacientes não apresentam prejuízo da capacidade funcional.^(1,2,3)

Os pacientes com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida.⁽⁴⁾

O acidente vascular cerebral é um evento súbito e acomete o indivíduo e a família que, em geral, não têm preparo para lidar com as sequelas, responsáveis por grande parte das aposentadorias por invalidez.^(5,6)

Estudo de qualidade de vida realizado em pacientes que tiveram acidente vascular cerebral mostrou maior comprometimento imediatamente após o acidente vascular cerebral e durante a reabilitação apontou melhora de alguns domínios. Os domínios da qualidade de vida mais afetados nos pacientes desses estudos foram: função física, papel emocional, papel social, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. O domínio menos comprometido em outro estudo foi a dor.^(7,8)

Métodos

Estudo transversal realizado em dois serviços de reabilitação do município de Maceió, estado de Alagoas, região nordeste do Brasil, no Serviço de

Medicina Física do Posto Municipal e da Associação de Deficientes Físicos. Os critérios de inclusão foram pacientes com 18 anos ou mais, com tempo de acidente vascular cerebral superior a três meses e em programa de reabilitação. Os critérios de exclusão foram pacientes com afasia, surdez ou diminuição significativa da audição e portadores de distúrbios cognitivos que impedissem a compreensão dos questionários.

O cálculo do tamanho da amostra considerou erro amostral de 0,08% e dados do sistema único de saúde local forneceram números de internações em hospitais públicos e privados de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico agudo, em 2007. A partir de 1.231 internações no período, o cálculo do tamanho da amostra definiu 139 pacientes para este estudo.

Os instrumentos de pesquisa contemplaram dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos pacientes; questionário *Medical Outcome Study 36-item short-form health survey* SF-36,⁽⁹⁾ questionário *Stroke Specific Quality of Life Scale* -SSQOL,⁽¹⁰⁾ Índice de Barthel⁽¹¹⁾ e Inventário de Depressão de Beck.⁽¹²⁾

O questionário genérico de qualidade de vida *Medical Outcome Study 36-item short-form health survey* SF-36 (SF-36) foi traduzido e validado no Brasil e é composto por oito dimensões. O escore das dimensões variam entre zero (pior estado) e 100 (melhor estado).⁽⁹⁾

O instrumento específico de qualidade de vida para pacientes com acidente vascular cerebral - *Stroke Specific Quality of Life Scale* - SSQOL (SSQOL) foi traduzido e validado no Brasil e compreende 49 itens, subdivididos em 12 dimensões. O escore mínimo é de 49 pontos e o máximo de 245 pontos. Quanto maior a pontuação obtida melhor a qualidade de vida. Estudo realizado na Alemanha, sobre esse instrumento definiu como baixa qualidade de vida os escores inferiores a 60% (<147 pontos) e no presente estudo foi utilizado o mesmo critério.⁽¹³⁾

O Índice de Barthel compreende dez itens, e avalia a independência funcional, em pacientes com doença cerebrovascular ou com outras condições neurológicas. O escore varia de zero a 100 e foi considerada dependência severa para realiza-

ção de atividades de vida diária, escores inferiores a 45; dependência grave entre 45 e 59; dependência moderada entre 60 e 80 e dependência leve entre 81 e 100.⁽¹¹⁾

O Inventário de Depressão de Beck foi validado e traduzido no Brasil é composto por 21 ítems que apontam sinais e sintomas disfóricos ou de depressão. Cada questão tem como opção de resposta quatro alternativas que descrevem traços capazes de caracterizar os sinais e sintomas citados. As respostas variam entre zero (ausência de sintomas) a três (sintomas mais acentuados). Para a classificação neste estudo foram considerados os valores de até 15 pontos como sem sinais de depressão; entre 16 e 20 pontos como presença de sintomas disfóricos e mais de 20 pontos, como presença de sintomas depressivos evidentes.^(12,14)

Os sujeitos de pesquisa foram randomizados e os dados foram coletados nos serviços de saúde mencionados. As análises descritivas das variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas foram utilizadas as medidas de posição (média, desvio-padrão, mediana e variação).

O teste t- Student foi utilizado para comparação dos domínios do SSQOL para duas categorias de respostas, considerando um nível de significância de 5%. O teste de ANOVA foi utilizado para comparação do SSQOL com mais de três categorias de respostas. Nos casos de diferenças foram feitos ajustes a partir do teste de Brown Forsythe e do teste de Bonferroni e foi considerado o nível de significância de 0,05.

O coeficiente de correlação de Pearson foi empregado para verificar correlação entre SSQOL, variáveis quantitativas, SSQOL com SF-36, Índice de Barthel e o Inventário de Depressão de Beck. Os critérios para classificação dos coeficientes de correlação foram: grau moderado (0,5 a < 0,7) e alto (>0,7).

A análise de regressão foi feita entre escores do SSQOL e as variáveis sociodemográficas e escores do SF-36, Índice de Barthel e o Inventário de Depressão de Beck. Para as variáveis que apresen-

taram correlação ao menos moderada utilizaram o teste de Stepwise. O aplicativo utilizado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0, e o nível de significância para os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Do total de 181 pacientes avaliados, foram incluídos 139 e excluídos 42 pacientes, sendo dois por óbito, um por desistência e 39 por limitações na fala, audição e/ou função cognitiva que comprometeriam a comunicação no momento da coleta de dados. Dentre os participantes, 59% eram homens, idade média de 59,4 anos, 59% casados, 59% com ensino fundamental e 67,6% recebiam salário mínimo (Tabela 1).

As dimensões do SF-36 mais comprometidas foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais. Nas dimensões do SSQOL os domínios mais comprometidos foram: mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar, relação social e energia. Grande parte dos pacientes (49,6%) apresentava dependência moderada ou severa para as atividades de vida diária e 49,7% pacientes demonstravam presença de sintomas disfóricos ou depressivos (Tabela 2).

Inúmeras correlações de grau moderado e alto foram encontradas entre as dimensões dos questionários aplicados aos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação, o que demonstrou comprometimento em diversos aspectos de suas vidas e declínio da qualidade de vida (Tabela 3).

O grau de dependência do cuidador, o número de acidentes vascular cerebral, o nível de escolaridade, gênero feminino e maior número de pessoas dependentes da renda foram as variáveis que interferiram negativamente na qualidade de vida específica (Tabela 4).

Tabela 1. Características de pacientes com acidente vascular cerebral

Características	n(%)
Gênero	
Masculino	82(59,0)
Feminino	57(41,0)
Idade (anos)	59,4±11,0
Escolaridade	
Analfabeto	38(27,4)
Ensino Fundamental	82(59,0)
Ensino Médio	12(8,6)
Ensino Superior	7(5,0)
Renda	
Sem renda	16(11,5)
Um salário mínimo	94(67,6)
Mais de um salário mínimo	29(20,9)
Pessoas dependentes da renda	3(1-14)
Estado civil	
Casado	82(59,0)
Solteiro	14(10,1)
Divorciado	16(11,5)
Viúvo	27(19,4)
Tipo de moradia	
Abrigo	3(2,2)
Apartamento	7(5,0)
Casa	127(91,4)
Abrigo ou Barraco	2(1,4)
Tempo de AVC (meses)	21(3-316)
Tempo de reabilitação (meses)	12(4-12)
Tempo de início da reabilitação após AVC (meses)	3(1-36)
Classificação do AVC	
Isquêmico	116(83,5)
Hemorrágico	23(16,5)
Número de AVC	1(1-4)
Tipo de Sequela	
Motora	74(53,2)
Motora e fala	65(46,8)
Paciente com cuidador	
Sim	135(97,1)
Não	4(2,9)
Grau de dependência	
Não dependente	8(5,8)
Parcialmente dependente	93(66,9)
Totalmente dependente	38(27,3)
Tipo de vínculo do cuidador	
Esposa	58(41,7)
Esposo	22(15,8)
Filho(a)	13(9,4)
Outros	42(30,4)
Sem cuidador	4(2,9)

Legenda: Valores Expressos em Número (%) ou Média (± Desvio Padrão) ou Mediana (Variação); AVC - Acidente Vascular Cerebral

Tabela 2. Escores do SF-36, SSQOL, Índice de Barthel e do Inventário de Depressão de Beck de pacientes com AVC, em reabilitação

Dimensão	Média (±DP)
SF-36	
Capacidade funcional	11,4±20,0
Aspectos físicos	2,9±12,8
Dor	72,4±26,8
Estado geral de saúde	44,6±16,1
Vitalidade	58,0±28,4
Aspectos sociais	39,7±32,8
Aspectos econômicos	2,6±12,1
Saúde Mental	59,6±25,6
SSQOL	
Cuidados pessoais	15,9±5,6
Visão	12,4±3,2
Linguagem	18,9±5,5
Mobilidade	17,7±7,0
Trabalho	5,7±2,8
Função do membro superior	13,1±6,3
Modo de pensar	9,2±4,1
Comportamento	7,2 ± 3,8
Ânimo	17,0±6,3
Relação familiar	6,5±3,4
Relação social	7,7±4,2
Energia	8,1±4,6
SSQOL total	139,7±38,4
Índice de Barthel	
Dependência severa	19(13,7)
Dependência grave	16(11,5)
Dependência moderada	34(24,4)
Dependência leve	70(50,4)
Inventário de Depressão de Beck	
Sem sintomas depressivos	70(50,3)
Sintomas disfóricos	40(28,8)
Sintomas depressivos evidentes	29(20,9)

Legenda: Valores Expressos em Média ± Desvio padrão; SF-36 - Medical Outcome Study 36 - Item Short-Form Health Survey; SSQOL - Stroke Specific Quality of Life Scale

Tabela 3. Correlação linear entre dimensões do SSQOL e SF-36, Índice de Barthel e do Inventário de Depressão de Beck dos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação

SSQOL	SF36								IB	IDB
	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM		
Cuidados Pessoais	0,55	0,26	0,15	0,25	0,33	0,61	0,28	0,16	0,77	-0,31
Visão	0,14	0,14	0,15	0,13	0,20	0,22	0,11	0,27	0,11	-0,26
Linguagem	0,24	0,19	0,17	0,22	0,37	0,31	0,13	0,28	0,17	-0,27
Mobilidade	0,65	0,35	0,27	0,37	0,39	0,60	0,29	0,23	0,79	-0,37
Trabalho	0,64	0,40	0,14	0,28	0,39	0,52	0,43	0,25	0,57	-0,36
Função do MS	0,55	0,27	0,20	0,35	0,35	0,49	0,26	0,19	0,60	-0,34
Modo de pensar	0,22	0,27	0,24	0,34	0,47	0,35	0,22	0,43	0,18	-0,47
Comportamento	0,05	0,20	0,20	0,16	0,34	0,19	0,10	0,55	0,01	-0,43
Ânimo	0,29	0,26	0,26	0,34	0,56	0,40	0,19	0,54	0,23	-0,68
Relação Familiar	0,43	0,29	0,30	0,42	0,47	0,56	0,23	0,43	0,42	-0,59
Relação Social	0,42	0,37	0,22	0,33	0,40	0,51	0,32	0,34	0,36	-0,50
Energia	0,28	0,28	0,30	0,36	0,59	0,29	0,17	0,52	0,23	-0,54
SSQOL total	0,58	0,41	0,33	0,45	0,61	0,65	0,34	0,51	0,60	-0,64

Legenda: SSQOL - Stroke Specific Quality of Life Scale; SF-36 - Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey; IB - Índice de Barthel; IDB - Inventário de Depressão de Beck; CF - Capacidade Funcional; AF - Aspectos Físicos; D - Dor; EGS - Estado Geral de Saúde; V - Vitalidade; AS - Aspectos Sociais; AE - Aspectos Emocionais; SM - Saúde Mental; MS - Membro Superior

Tabela 4. Análise de regressão linear entre o escore total do SSQOL e variáveis significantes dos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação

	Coefficiente	p-value
Constante	245,0	< 0,001
Grau de dependência do cuidador	-34,8	< 0,001
Número de acidente vascular cerebral	-10,8	< 0,001
Ensino Fundamental	19,6	< 0,001
Ensino Médio	23,2	< 0,025
Gênero feminino	-11,0	< 0,051
Pessoas que dependem da renda	-2,8	< 0,053

Legenda: $r^2 = 0,362$

Discussão

A inexistência de pesquisas sobre o tema na região nordeste do país limitou as comparações com os achados deste estudo. O estado de Alagoas apresenta indicadores de saúde ruins e é marcado pela desigualdade social, além de possuir altos índices de incapacidade funcional, principalmente entre idosos.

A avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras das mais diversas patologias, tem sido frequente em estudos na área da saúde, uma vez que, a luta e as conquistas pelo aumento da sobrevivência ainda não foram capazes de solucionar,

de forma satisfatória, a manutenção da qualidade da mesma.

Um dos eventos que pode comprometer de forma substancial a vida das pessoas e a satisfação de viver é a ocorrência do acidente vascular cerebral, por apresentar potencial limitante tanto nos aspectos físicos quanto nos emocionais.

A ocorrência de acidente vascular cerebral tem mostrado predomínio em pessoas do sexo masculino, como ocorreu também neste estudo, entretanto, as mulheres quando acometidas apresentam qualidade de vida pior, possivelmente devido ao comprometimento funcional que limitam as atividades domésticas.^(8,15,16)

Este tipo de patologia acomete, em sua maioria, indivíduos negros com idade média superior a 65 anos. No atual estudo a incidência foi maior em pessoas pardas e com idade média inferior à referida na literatura, 59,4 anos, o que pode refletir as características da população do local do estudo e o acometimento de pessoas mais jovens.⁽¹⁷⁾

Baixa escolaridade tem sido relacionada à elevada incidência de acidente vascular cerebral principalmente quando combinada aos fatores socioeconômicos e culturais e dificuldade de acesso à informação, além de dificultar a conscientização dos cuidados com a saúde, aderência ao tratamento e manutenção de estilo de vida, enquanto, escolaridade mais elevada aponta para o aumento da sobrevida, melhor controle de fatores de risco das doenças cardiovasculares e maior capacidade de retornar ao trabalho. Neste estudo 86,4% dos pacientes não ultrapassaram o ensino fundamental e 79,1% tinham renda de até um salário mínimo, corroborando as associações feitas anteriormente.^(3,5,18,19)

A incidência da doença isquêmica, em questão, varia entre 62,2% e 85,0%, compatível com os achados deste estudo (83,5%), enquanto a taxa de sobrevida relaciona-se com a idade, serviço de saúde utilizado, tipo e recorrência do acidente vascular cerebral, incapacidade resultante e doenças associadas.⁽¹⁸⁾

Há necessidade de envolvimento familiar no processo do adoecimento, o que pode justificar a elevada prevalência de pacientes que possuíam cuidador, neste estudo, 97%.⁽¹⁶⁾

A realização de atividades de reabilitação é fundamental para o sucesso do tratamento após o acidente vascular cerebral. No presente estudo a maior parte dos pacientes realizava duas a três terapias de reabilitação, duas vezes por semana. O tipo de reabilitação mais utilizado foi a fisioterapia (86,3%). Outro estudo identificou porcentagem maior de pacientes que realizava fisioterapia, com frequência semanal de até cinco vezes e bons resultados.⁽²⁰⁾

A qualidade de vida analisada através de algumas dimensões ou domínios que fazem parte do contexto do ser humano, geralmente é afetada e tende a ficar comprometida na vigência de doenças crônicas, agudas e das sequelas instaladas. Neste es-

tudo os domínios mais prejudicados, segundo o SF-36, foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e aspectos emocionais. Estudos realizados, com o mesmo tipo de pacientes e questionário, revelaram que todos os escores eram inferiores a 50, antes do início das atividades de reabilitação e melhoraram logo após as mesmas. O comprometimento das dimensões gera consequências negativas para a evolução do estado de saúde dos pacientes.^(3,8,15,21)

No estudo, os domínios específicos mais prejudicados, que são aqueles que podem ser desencadeados na vigência da doença ou de suas consequências, segundo SSQOL, foram: mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar e social e energia. Outros autores também encontraram escores abaixo de 40 nos domínios: energia e trabalho, função do membro superior e relação social e escores abaixo de 60 em energia, mobilidade, relação social, função do membro superior e trabalho, e comportamento, mostrando que as consequências relacionadas diretamente ao acidente vascular cerebral são inúmeras e causam impacto de proporções significativas.^(8,10, 20,22)

O estado funcional é apontado como um dos domínios determinantes da qualidade de vida dos pacientes, por isso a utilização de estratégias para melhorar a função física é um diferencial útil capaz de incrementar positivamente a vida após o acidente vascular cerebral. Entretanto, as estratégias mencionadas dependem diretamente de suporte social e a sua falta pode explicar, em parte, a baixa qualidade de vida dos pacientes analisados.⁽²⁰⁾

O escore do domínio relação familiar mostrou-se baixo, podendo refletir aspectos da doença que geram sobrecarga para os cuidadores e a insatisfação do paciente em relação à atenção recebida da família. Outro estudo mostrou que o bom suporte social e a assistência familiar de qualidade mantiveram e, em alguns casos, até melhoraram a qualidade de vida.^(20,23)

A presença de sequelas, após o acidente vascular cerebral, gera dependência por parte dos pacientes para a realização das atividades de vida diária. Nesta pesquisa, 49,6% dos pacientes apre-

sentavam dependência entre moderada e severa, compatível com os achados da literatura que variam entre 31% e 62%.⁽²⁰⁾

Transtornos psiquiátricos são apontados como fatores determinantes das incapacidades dos pacientes após o acidente vascular cerebral e a depressão é o mais prevalente e associa-se ao pior prognóstico, por comprometer de forma significativa a reabilitação motora e cognitiva.⁽²⁴⁾

Distúrbios funcionais e cognitivos, história anterior de depressão, acidente vascular cerebral prévio e suas características neuroanatômicas, precária rede de suporte social e quadros graves de incapacidade são fatores de riscos associados à ocorrência de depressão. Alguns autores apontaram como consequências da depressão a hospitalização prolongada, maior comprometimento funcional e cognitivo, limitação para realizar atividades diárias, redução de sobrevida e falta de resposta funcional durante a reabilitação.^(25,26) No presente estudo, 49,7% dos pacientes apresentaram sintomas disfóricos ou depressivos evidentes. Em outros estudos a porcentagem de pacientes com sintomas depressivos foi de 40% após o evento, 23% no terceiro mês e 18% no sexto mês, e durante a reabilitação a incidência de depressão foi de 16,6%. Quando há presença de depressão e dependência do cuidador para a realização das atividades diárias ocorre significante diminuição de todos os domínios do SF-36.^(5,27,28)

Os pacientes deste estudo que dependiam dos cuidadores para as atividades de vida diária apresentaram pior qualidade de vida nos domínios específicos do SSQOL. A correlação linear entre o escore total do SSQOL e o SF-36, Índice de Barthel e Inventário de Depressão de Beck evidenciou grau de correlação entre moderado e forte. Outro estudo encontrou valores de correlação do SSQOL de 0,85, 0,79 e 0,68, respectivamente.⁽¹⁷⁾

Este estudo evidenciou forte associação, entre o índice de Barthel e dois domínios do SSQOL: cuidados pessoais (0,77) e mobilidade (0,79). A análise de regressão múltipla entre o escore total do SSQOL e as variáveis, grau de dependência do cuidador, número de acidentes vasculares cerebrais, ensino fundamental/médio, gênero feminino e nú-

mero de pessoas que dependem da renda apontou um $r^2 = 0,362$. Já o r^2 entre Inventário de Depressão de Beck e as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e o SSQOL total foi 0,729.

O grau de dependência do cuidador para realização das atividades de vida diária, o número de acidentes vasculares cerebrais e a presença de sinais de depressão foram as variáveis responsáveis em grande parte pela alteração da qualidade de vida específica.

A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento de pacientes que tiveram acidente vascular cerebral, entretanto, sua intervenção precisa ser positiva para poder influenciar na recuperação e reabilitação de pacientes, por meio de incentivos, não subestimando ou superestimando a capacidade dos mesmos.⁽²⁹⁾

Variáveis como déficit de função física, presença de depressão ou de seus sintomas, sexo feminino e idade avançada podem influenciar negativamente a qualidade de vida. Mulheres que tiveram acidente vascular cerebral têm baixa qualidade de vida, especialmente, no domínio saúde mental, independente da idade, severidade e etiologia, além da presença de outras comorbidades.^(15,30)

Conclusão

A qualidade de vida geral e específica dos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação, está diminuída e correlacionam-se com limitações para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas disfóricos ou depressivos, maior grau de dependência do cuidador, maior número de acidentes vascular cerebral, menor nível de escolaridade, gênero feminino e maior número de pessoas dependentes da renda interferiram negativamente na qualidade de vida específica.

Colaborações

Rangel ESS; Belasco AGS e Diccini S declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Giles MF, Rothwel PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008;30(4):205-6.
- World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2009 Oct 19]. Available from: www.who.int/cardiovascular_disease/en/cvd_15_burden_stroke.pdf
- Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):666-72.
- Scalzo PL, De Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas. *Betim. Rev Neuroci*. 2010;18(2):139-44.
- 2:139-144p. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*. 2006;47(3):213-8.
- Grenthe Olsson B, Sunnerhagen KS. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2007;16(5):208-15.
- Aprile I, Di Stasio E, Romitelli F, Lancellotti S, Caliandro P, Tonali P, et al. Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Inj*. 2008;22(6):451-6.
- Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):19-23.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quesada MR. [Brazilian-portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure]. *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50. Portuguese.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999;30(7):1362-9.
- Erban P, Woertgen C, Luerding R, Bogdahn U, Schlachetzki F, Horn M. Long-term outcome after hemicraniectomy for space occupying right hemispheric MCA infarction. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108(4):384-7.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Gorenstein C, Andrade LH. [Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version]. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 1998;25(5):245-50. Portuguese.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- Gray LJ, Sprigg N, Bath PM, Boysen G, De Deyn PP, Leys D, et al. Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). *Stroke*. 2007;38(11):2960-4.
- Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *J Neurosci Nurs*. 2009;41(2):92-105.
- Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3B):752-7.
- Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis*. 1998;8(5):296-02.
- Perlini NM, Mancussi e Faro AC. [Taking care of persons handicapped by cerebral vascular accident at home: the familiar caregiver activity]. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):154-63. Portuguese
- 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.
- Madden S, Hopman WM, Bagg S, Verner J, O'Callaghan CJ. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85(10):831-8.
- Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(4):312-7.
- Lee AC, Tang SW, Tsoi TH, Fong DY, Yu GK. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. *J Adv Nurs*. 2008;65(3):554-64.
- Brito ES, Rabinovich EP. A família também adoecel!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2008 [citado 2012 Nov 2]; 12(27): 783-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a09v1227.pdf>
- Aström M, Asplund K, Aström T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*. 1992; 23(4):527-31.
- Fróes KS, Valdés MT, Lopes DP, Silva CE. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011;69(2B):371-6
- Schwab-Malek S, Vatankeh B, Bogdahn U, Horn M, Audebert HJ. Depressive symptoms and quality of life after thrombolysis in stroke: the TEMPiS study. *J Neurol*. 2010;257(11):1848-54.
- Marco E, Duarte E, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, et al. [Short form 36 health questionnaire in hemiplegic patients 2 years after stroke]. *Neurologia*. 2006;21(7):348-56. Spanish.
- Costa F, Oliveira S, Magalhães P, Costa B, Papini R, Silveira M, et al. [The Pelotas adult population knowledge about stroke]. *J Bras Neurocirurg*. 2008;19(1):31-7. Portuguese.
- Mota JF, Nicolato R. [Quality of life in stroke survivors - assessment instruments and their outcomes]. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(2):148-56. Portuguese.