

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

**CAPACIDADE FUNCIONAL, ESTRESSE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

JOÃO PESSOA

2019

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

**CAPACIDADE FUNCIONAL, ESTRESSE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE DE PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa vinculado: Cuidado ao adulto e idoso com doenças crônicas, incapacidades e deficiências

Orientadora: Prof^a. Dr^a Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa

JOÃO PESSOA

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586c Silva, Cleane Rosa Ribeiro da.

Capacidade funcional, estresse percebido e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico / Cleane Rosa Ribeiro da Silva. - João Pessoa, 2019.
108 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Acidente vascular cerebral. 3. Atividades cotidianas. 4. Estresse psicológico. 5. Qualidade de vida. I. Título

UFPB/BC

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

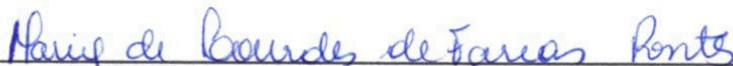
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

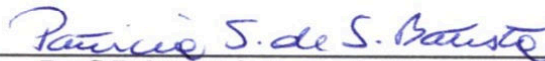
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Kátia Neyla de Freiras Macedo Costa – Presidente
Universidade Federal da Paraíba



Profª Drª Maria de Lourdes de Farias Pontes – Membro externo
Universidade Federal da Paraíba



Profª Drª Patrícia Serpa de Souza Batista – Membro interno
Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Tatiana Ferreira da Costa – Suplente externo
Centro Universitário UNIPÊ

Profª Drª Jacira dos Santos Oliveira – Suplente interno
Universidade Federal da Paraíba

Dedicatória

Ao Senhor Jesus Cristo.

*“Porque dEle, e por Ele, e para Ele
são todas as coisas; glória, pois, a Ele
eternamente” Romanos 11:36*

AGRADECIMENTOS

Ao **Senhor Jesus**, por tornar possível esta conquista.

À minha orientadora **Profª Drª Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa**, pela oportunidade que me foi confiada, pelos ensinamentos acadêmicos e pessoais, minha eterna gratidão e admiração.

À minha mãe **Elba dos Santos Silva**, pelas renúncias e investimentos constantes em prol da minha formação pessoal e profissional.

À minha tia **Elza dos Santos Silva**, pelos incentivos constantes e por me mostrar com atitudes a beleza da arte do cuidar.

Ao meu amado esposo **Renan José Ribeiro da Silva**, por estar ao meu lado nos momentos alegres e de dificuldades.

Aos meus sogros **José Alan Antão de Brito** e **Maria Bernadete Ribeiro Antão**, pelo apoio e suporte constante.

À **Alice Andrade da Silva**, por me motivar a lutar por dias melhores.

Ao meu irmão **André da Silva Rosa**, cunhadas **Marina Ribeiro da Silva Juvino** e **Erica Sousa Bezerra Silva**, irmãos em Cristo e amigos pelas orações e torcida incessante.

Aos membros da banca, **Drª Jacira dos Santos Oliveira**, **Drª Maria de Lourdes de Farias Pontes**, **Drª Patrícia Serpa de Souza Batista** e **Drª Tatiana Ferreira da Costa**, pelas valiosas contribuições.

À **Profª Drª Maria de Lourdes de Farias Pontes**, por ter guiado os meus primeiros passos na área da pesquisa e por todos os ensinamentos acadêmicos e pessoais.

À **todos os docentes** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pelo aprendizado construído no decorrer das disciplinas.

Aos companheiros da minha **turma de Mestrado (2017)**, pela convivência agradável e partilhas.

Aos amigos do **Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso**, pela acolhida, união e crescimento mútuo.

Às **pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico e os profissionais da Atenção Básica**, por tornarem possível a realização deste estudo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**, pelo apoio financeiro, mediante a concessão da bolsa de estudo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	34
Tabela 2	Distribuição das variáveis referente aos hábitos de vida e condições de saúde de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	36
Tabela 3	Distribuição dos dados referentes às características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	37
Tabela 4	Distribuição das variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) (n=160)	38
Tabela 5	Classificação da capacidade funcional e a consistência interna do Índice de Barthel aplicado em pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	38
Tabela 6	Relação entre a capacidade funcional e os dados sociodemográficos de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	39
Tabela 7	Relação entre a capacidade funcional e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	40
Tabela 8	Relação entre a capacidade funcional e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	41
Tabela 9	Relação entre a capacidade funcional e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	43
Tabela 10	Distribuição das médias dos itens e a consistência interna da EEP-10 aplicada em pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. – PB, Brasil, 2018. (n=160)	44
Tabela 11	Relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	45

Tabela 12	Relação entre o estresse percebido e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	46
Tabela 13	Relação entre o estresse percebido e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	47
Tabela 14	Relação entre o estresse percebido e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	49
Tabela 15	Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE e a consistência interna dos escores da EQVE-AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	49
Tabela 16	Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	50
Tabela 17	Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	51
Tabela 18	Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e os hábitos de vida de pessoa com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	52
Tabela 19	Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	53
Tabela 20	Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	55
Tabela 21	Correlação da qualidade de vida relacionada à saúde com a capacidade funcional e estresse percebido de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AVDs	Atividades de vida diária
AVE	Acidente vascular encefálico
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças cerebrovasculares
DS	Distritos sanitários
EEP	Escala de Estresse Percebido
EEP-10	Escala de Estresse Percebido 10 itens
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EQVE-AVE	Escala de Qualidade de Vida específica para AVE
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
PB	Paraíba
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WHOQOL	Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

GROUP

WHOQOL BREF World Health Organization Quality of Life Instrument

SILVA, C.R.R. **Capacidade funcional, estresse percebido e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 2019.

RESUMO

Introdução: As repercussões do AVE trazem desafios inesperados à vida dos sobreviventes, como as limitações funcionais, o que pode ocasionar situações estressantes e refletir negativamente na QVRS dessa população. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional, o estresse percebido e a QVRS de pessoas com sequelas de AVE. **Método:** Estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 160 pessoas com sequelas de AVE cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, no período de julho a novembro de 2018. Os dados foram coletados mediante a utilização de um instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e de saúde, o Índice de Barthel, a Escala de Estresse Percebido e a Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva e inferencial. O projeto foi aprovado sob parecer de número 2.994.882, com CAAE 91360718.1.0000.5188. **Resultados:** Os participantes apresentaram dependência funcional moderada, com significância estatística entre a faixa etária ($p=0,039$), a fonte de renda ($p=0,004$), a atividade física ($p=0,004$), o estado de saúde autorreferido ($p<0,001$), a alteração motora ($p=0,049$), a fraqueza muscular ($p=0,011$) e a presença de cuidador ($p<0,001$). Foi identificado estresse percebido elevado, relacionando-se estatisticamente com a fraqueza muscular ($p=0,041$), o distúrbio do humor ($p=0,032$) e a presença de cuidador ($p=0,017$). Evidenciou-se baixa QVRS, com maior comprometimento nos domínios papéis sociais e papéis familiares. A QVRS apresentou diferença estatisticamente significativa com a atividade física ($p<0,001$), o tempo do último AVE ($p<0,001$), a alteração motora ($p<0,001$), a fraqueza muscular ($p=0,025$), o distúrbio do humor ($p=0,008$) e a presença de cuidador ($p<0,001$). Verificou-se correlação estatística significativa entre a QVRS com a capacidade funcional ($r=705$; $p<0,001$) e o estresse percebido ($r=-436$; $p<0,001$), demonstrando que a QVRS de pessoas com sequelas de AVE eleva-se à medida que a funcionalidade aumenta e o estresse diminui. **Conclusões:** A capacidade funcional e o estresse percebido relacionaram-se de forma significativa à QVRS de pessoas com sequelas de AVE.

Descritores: Enfermagem. Acidente vascular cerebral. Atividades cotidianas. Estresse psicológico. Qualidade de vida.

SILVA, C.R.R. **Functional capacity, perceived stress and quality of life related to health of people with sequelae of cerebrovascular accident.** Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Federal University of Paraíba, 2019.

ABSTRACT

Introduction: The repercussions of the CVA bring unexpected challenges to the lives of survivors, such as functional limitations, which can lead to stressful situations and reflect negatively on the HRQOL of this population. **Objective:** To evaluate the functional capacity, the perceived stress and HRQOL of people with sequels of CVA. **Method:** Cross-sectional, exploratory and descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 160 people with sequels of CVA registered in Family Health Units of the city of João Pessoa-PB, from July to November 2018. The data were collected using a semistructured instrument to obtain demographic and health data, the Barthel Index, the Perceived Stress Scale and the Specific Quality of Life Scale for CVA. Data analysis used descriptive and inferential statistics. The project was approved under number 2.994.882, with opinion CAAE 91360718.1.0000.5188. **Results:** Participants presented moderate functional dependency, with statistical significance between the age group ($p=0,039$), the source of income ($p=0,004$), physical activity ($p=0,004$), self-reported health status ($p<0,001$), motor change ($p=0,049$), muscle weakness ($p=0,011$) and caregiver ($p<0,001$). Perceived stress has been identified, relating statistically with the muscle weakness ($p=0,041$), mood disorder ($p=0,032$) and caregiver ($p=0,017$). It was low HRQOL, with greater commitment in the areas of social roles and family Roles. The HRQOL presented statistically significant difference with physical activity ($p<0,001$), the time of the last bird ($p<0,001$), the motor change ($p<0,001$), muscle weakness ($p=0,025$), mood disorder ($p=0,008$) and caregiver ($p<0,001$). There was a statistically significant correlation between the HRQOL with functional capacity ($r=705$; $p<0,001$) and perceived stress ($r=-436$; $p<0,001$), demonstrating that the HRQOL of people with CVA sequels rises, as the functionality increases and stress decreases. **Conclusions:** The functional capacity and the perceived stress relate significantly to the HRQOL of people with sequels.

Descriptors: Nursing. Cerebrovascular Accident. Daily Activities. Psychological Stress. Quality of life.

SILVA, C.R.R. **Capacidad funcional, estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud de las personas con secuelas de accidente cerebrovascular.** Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Paraíba, 2019.

RESUMEN

Introducción: Las repercusiones del ACV traen consigo desafíos inesperados a la vida de las sobrevivientes, tales como limitaciones funcionales, que pueden causar situaciones estresantes y reflejar negativamente la QVRS de esta población. **Objetivo:** Evaluar la capacidad funcional, el estrés percibido y la QVRS de las personas con secuelas de stroke. **Método:** Estudio transversal, exploratorio y descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado con 160 personas con secuelas de stroke registradas en las unidades de Salud familiar en el municipio de João Pessoa-PB, entre julio y noviembre de 2018. Los datos se recopilaron mediante el uso de un instrumento semiestructurado para obtener datos sociodemográficos y sanitarios, el índice Barthel, la escala de estrés percibida y la escala específica de calidad de vida del ACV. Para el análisis de datos, se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales. El proyecto fue aprobado bajo la opinión del número 2.994.882, con CAAE 91360718.1.0000.5188. **Resultados:** Los participantes presentaron una dependencia funcional moderada, con significación estadística entre el grupo de edad ($p=0,039$), la fuente de renta ($p=0,004$), la actividad física ($p=0,004$), el estado de salud autoreportado ($p<0,001$), la alteración motora ($p=0,049$), debilidad muscular ($p=0,011$) y presencia del cuidador ($p<0,001$). Se identificó un alto estrés percibido, estadísticamente relacionado con la debilidad muscular ($p=0,041$), alteración del estado de ánimo ($p=0,032$) y presencia del cuidador ($p=0,017$). Se evidenció una QVRS baja, con mayor deterioro en los dominios de roles sociales y roles familiares. La QVRS mostró una diferencia estadísticamente significativa con la actividad física ($p<0,001$), el tiempo del último ACV ($p<0,001$), la alteración motora ($p<0,001$), debilidad muscular ($p=0,025$), alteración del estado de ánimo ($p=0,008$) y la presencia de cuidador ($p<0,001$). Hubo una correlación estadística significativa entre la QVRS y la capacidad funcional ($r=705$; $p<0,001$) y el estrés percibido ($r=-436$; $p<0,001$), demostrando que la QVRS de las personas con secuelas de ACV se eleva, a medida que aumenta la funcionalidad y el estrés Disminuye. **Conclusiones:** La capacidad funcional y el estrés percibido se relacionan significativamente con la QVRS de las personas con accidente cerebrovascular sequeleae.

Descriptores: Enfermería. Accidente cerebrovascular. Actividades diarias. Estrés psicológico. Calidad de vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Acidente vascular encefálico e a capacidade funcional dos sobreviventes	19
3.2 Estresse percebido: contextualização e repercussões após acidente vascular encefálico	21
3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde após acidente vascular encefálico	25
4 MÉTODO	29
4.1 Tipo do estudo	29
4.2 Cenário do estudo	29
4.3 População e amostra	29
4.4 Procedimentos para coleta de dados	30
4.5 Instrumentos de coleta de dados	31
4.6 Análise de dados	32
4.7 Posicionamento ético	33
5 RESULTADOS	34
5.1 Perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	34
5.2 Capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	38
5.3 Estresse percebido de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	43
5.4 Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	49
5.5 Correlação da capacidade funcional e do estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	55
6 DISCUSSÃO	57
6.1 Perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	57
6.2 Capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	62
6.3 Estresse percebido de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	66
6.4 Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	69
6.5 Correlação da capacidade funcional e do estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico	72
7 CONCLUSÕES	76
REFERÊNCIAS	78

APÊNDICES	95
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	95
ANEXOS	97
ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	97
ANEXO B - Instrumento sociodemográfico e de saúde dos indivíduos com sequelas de ave	99
ANEXO C - Índice de Barthel	100
ANEXO D - Escala de Estresse Percebido	101
ANEXO E - Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE)	102
ANEXO F - Aprovação do Comitê de ética e pesquisa	106

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas vêm apresentando alta taxa de incidência ao longo dos anos, sendo decorrentes, principalmente, do processo de envelhecimento humano (VERNAY; BONALDI; CREMY, 2015). Dentre essas morbidades, as doenças cerebrovasculares (DCV) representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (PELICIONI et al., 2016). A DCV mais prevalente é o acidente vascular encefálico (AVE) (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017), que se caracteriza como uma síndrome neurológica de desenvolvimento súbito proveniente de um distúrbio na circulação encefálica, que persiste por mais de 24 horas (PELICIONI et al., 2016; MAIDA et al., 2017).

Dados epidemiológicos demonstram elevada ocorrência de AVE no mundo (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017), trata-se da terceira causa mais comum de morte nos países desenvolvidos e a primeira na América Latina, com maior taxa de mortalidade no Brasil (AVEZUM et al., 2015). Em nível nacional, foram identificados mais de 936 mil casos de internações entre os anos de 2014 e 2018 (DATASUS, 2019), com incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade de 18,5% aos trinta dias e de 30,9% aos 12 meses, sendo o índice de recorrência de 15,9% após o primeiro evento (BRASIL, 2013a).

O AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida, devido às sequelas e déficits neurológicos que acometem o sobrevivente no mundo (PELICIONI et al., 2016). No Brasil, aproximadamente 90% das vítimas apresentam algum comprometimento funcional, parcial ou total (SILVA et al., 2015). Algumas sequelas podem ser revertidas, no entanto, cerca de 60% dos sobreviventes mantêm as limitações permanentes, necessitando de cuidados de terceiros e de serviços de reabilitação (PELICIONI et al., 2016).

Dentre as pessoas que sofreram AVE, cerca de 80% sobrevivem e recebem alta hospitalar (PEREIRA et al., 2013). Todavia, apenas uma pequena parcela consegue regressar à rotina anterior ao evento, em consequência das sequelas físicas, cognitivas e emocionais que limitam a funcionalidade do indivíduo (TRAD, PEREIRA, BAPTISTA, 2017). O prognóstico funcional ou recuperação das funções alteradas dependem do tipo, da extensão e da gravidade da lesão cerebral (CAMPOS et. al., 2014).

As limitações decorrentes do AVE ocasionam diversas mudanças na vida das vítimas, como perda de papéis sociais, dificuldade para o autocuidado, dependências, prejuízos nos

relacionamentos, além de repercussões emocionais negativas (SANTOS et al., 2017; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2016), o que pode exigir do sobrevivente mecanismos de enfrentamento superiores ao que ele tem disponível para se adaptar à nova realidade, resultando em estresse (FARO, 2014).

O estresse configura-se como um processo individualizado, fruto da relação entre a pessoa e as pressões ambientais, psicológicas ou desajustes biológicos, surge quando o indivíduo avalia que os seus recursos adaptativos cessaram ou são sobrecarregados (FARO; 2014). Nessa interação, não é a qualidade da situação que a torna um estressor, mas a forma como é percebida e julgada pelo indivíduo (VINE; MOORE; WILSON, 2016). Ademais, o estresse resultante das repercussões do AVE pode acarretar desgastes e comprometimento da qualidade de vida (QV) (LIRA, AVELAS, BUENO, 2015).

O constructo da QV tem sido foco de estudos entre as pessoas vítimas de AVE. A redução da QV global nessa população foi relatada por várias pesquisas, assim como o prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; LIMA et al., 2014; PEREIRA et al., 2017). A Organização Mundial de Saúde define como QV como a percepção do indivíduo de si no contexto cultural e social e em relação as suas metas, expectativas, anseios e desejos (WHOQOL GROUP, 1995). Em contrapartida, a QVRS refere-se à compreensão do indivíduo sobre como a doença impacta a sua condição de vida (FLECK, 2008).

Uma revisão da literatura apontou que maioria das pesquisas brasileiras avaliou a QVRS após o AVE através da aplicação de instrumentos genéricos, como o 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e o World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF) (OLIVEIRA; ORSINI, 2009). Entretanto, entre as escalas validadas com aplicação para o Brasil, a Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE) destaca-se por ser efetiva para avaliar alterações significativas da QVRS e por ser sensível às particularidades das pessoas acometidas por AVE (OLIVEIRA; ORSINI, 2009; MAHMOODI et al., 2015). Assim, no presente estudo, optou-se em utilizar a EQVE-AVE.

Pesquisas realizadas com sobreviventes de AVE demonstraram que as repercussões dessa morbidade podem afetar vários domínios da QVRS específica como o humor, a personalidade, o autocuidado, os papéis sociais e familiares, a memória, as funções de extremidade superior, a visão, o trabalho/produtividade, a energia, a linguagem e a mobilidade (LIMA et al., 2008; LIMA

et al., 2014; CHOU, 2015; CANUTO; NOBREGA; ARAÚJO, 2016). Dentre os fatores relacionados à QVRS, uma investigação realizada no Taiwan por meio da EQVE-AVE apontou a incapacidade funcional e o comprometimento de aspectos psicossociais como preditores da baixa QVRS em vítimas de AVE (CHOU, 2015).

Nesse contexto, a magnitude das repercussões do AVE para a sociedade o coloca como um importante problema de saúde pública mundial. A sua alta prevalência, o risco de morte, as suas sequelas e as mudanças na vida diária dos sobreviventes impulsionam a produção científica sobre essa temática. Porém há escassez de estudos que abordam a relação entre a capacidade funcional, o estresse percebido e a QVRS específica nessa população. Evidenciar essa relação poderá contribuir para direcionar os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, a planejar e implementar intervenções que amenizem o impacto negativo do AVE na vida das pessoas acometidas e dos seus familiares, desta forma, reduzindo as dependências e o estresse, favorecendo à QVRS dos sobreviventes.

O interesse em desenvolver esta pesquisa emergiu ainda durante a Graduação em Enfermagem/UFPB, por meio de projetos de Extensão e Pesquisa desenvolvidos no contexto da Atenção Básica junto a idosos com doenças crônicas, sendo frequente entre eles o acometimento por AVE. Essa motivação foi consolidada pela vivência em acompanhar pessoas com sequelas de AVE e seus familiares, como Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade.

Considerando os aspectos ora abordados, tem-se como questões norteadoras: qual o grau de dependência funcional e estresse percebido de pessoas com sequelas de AVE? Quais os domínios afetados na QVRS de pessoas com sequelas de AVE? Qual a relação entre o perfil sociodemográfico e de saúde com a capacidade funcional, estresse percebido e QVRS de pessoas com sequelas de AVE? Existe correlação entre a capacidade funcional e o estresse percebido com a QVRS de pessoas com sequelas de AVE?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Avaliar a capacidade funcional, o estresse percebido e a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil de saúde de pessoas com sequelas de AVE;
- ✓ Investigar a capacidade funcional e a sua relação com o perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de AVE
- ✓ Averiguar o estresse percebido e a sua relação com o perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de AVE
- ✓ Investigar a qualidade de vida relacionada à saúde e a sua relação com o perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de AVE
- ✓ Coorelacionar a capacidade funcional e o estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acidente vascular encefálico e a capacidade funcional dos sobreviventes

As DCV são agravos do Sistema Nervoso Central que comprometem o fluxo sanguíneo normal do cérebro e/ou medula espinhal (PELLICO et al., 2015). Dentre essas morbidades, o AVE é a mais prevalente, a qual se configura como um conjunto de sinais e sintomas neurológicos, decorrente de uma alteração na circulação encefálica, que perdura por mais de 24 horas, sendo resultado da diminuição ou total interrupção do aporte sanguíneo cerebral (PELICIONI et al., 2016).

A literatura classifica o AVE em dois tipos: isquêmico ou hemorrágico, com maior predomínio do isquêmico, representando cerca de 87% dos casos (HINKLE; CHEEVER, 2016). O AVE isquêmico ocorre devido à oclusão de um vaso sanguíneo por trombo ou êmbolo, interrompendo o fluxo de sangue para regiões do cérebro e causando prejuízo nas funções neurológicas. Em contrapartida, o hemorrágico é caracterizado pelo extravasamento sanguíneo no interior do cérebro, decorrente de uma hemorragia, rompimento de aneurisma ou malformação arteriovenosa (PELICIONI et al., 2016). A localização do AVE e sua extensão, apresenta associação direta com os comprometimentos clínicos e o prognóstico (CAMPOS et al., 2014).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do AVE são classificados como não modificáveis, modificáveis e potenciais (BRASIL, 2013a). O grupo de risco não modificável abrange: idosos, sexo masculino, baixo peso ao nascimento, negros, histórico familiar desse evento, história pregressa de AVE e condições genéticas como anemia falciforme. Os modificáveis abrangem a hipertensão (HAS), o tabagismo, o diabetes mellitus, a dislipidemia, a fibrilação atrial e outras doenças cardiovasculares, enquanto os riscos potenciais envolvem o sedentarismo, o sobrepeso, o alcoolismo, o uso de contraceptivo oral, o aumento da homocisteína plasmática, a síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal, a terapia de reposição hormonal pós-menopausa e o uso de cocaína e anfetaminas (BRASIL, 2013a). Pesquisas recentes apontam também a depressão, a ansiedade e o estresse como preditores do AVE (TANG et al., 2013; SANTOS et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

Nesse sentido, conhecer os fatores de risco para esta morbidade é necessário para evitar a sua ocorrência, o que reduz, consequentemente, o adoecimento da população e os gastos

públicos, especialmente em reabilitação e hospitalização. Medidas preventivas devem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde, sendo a maior ênfase na atenção básica, alcançando aqueles que sofreram algum episódio, reduzindo os riscos de recorrência e de maiores agravos (BRASIL, 2013a).

As sequelas e os déficits neurológicos advindos do AVE o torna a principal causa de incapacidade no mundo (PELICIONI et al., 2016). As limitações pós AVE compreendem: 1) déficit sensório-motor devido à disfagia, à paralisção facial, à fraqueza muscular, os déficits de sensibilidade, às alterações visuais e o comprometimento de atividades motoras funcionais; 2) limitações nas de atividades de vida diária; 3) dificuldade de comunicação em decorrência da afasia, disatria e dispraxia oral e de fala; 4) déficit cognitivo e 5) distúrbios de humor (BRASIL, 2013a). Dentre estas, há predomínio de sequelas sensório-motoras, em que cerca de 85,2% dos sobreviventes referem algum comprometimento nessa função (DUTRA et al., 2017).

Há sequelas que podem ser revertidas, principalmente na fase aguda que compreende até seis meses após o episódio, o que geralmente é atribuído à redução do edema cerebral e plasticidade neuronal precoce. No entanto, a maioria dos sobreviventes irão manter incapacidades permanentes, necessitando cuidados de terceiros e de reabilitação (PELICIONI et al., 2016).

A incapacidade funcional refere-se às limitações motoras e cognitivas que culminam em dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar atividades de vida diária (AVDs), abrangendo dois tipos: atividades básicas de vida diária (ABVD), que envolvem o autocuidado, e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), relacionadas com a participação no ambiente social (HINKLE; CHEEVER, 2016). Após o diagnóstico do AVE, a avaliação dessas funções torna-se indispensável para identificar o grau de funcionalidade desses sujeitos, a fim de traçar intervenções com o objetivo de proporcionar o retorno às suas atividades de rotina e à participação na comunidade (MORONE; PAOLUCCI; IOSA, 2015).

Nesse contexto, para a avaliação e monitoramento da funcionalidade devem se utilizar escalas validadas e confiáveis, sobretudo, seguir o Modelo de Funcionalidade e Incapacidade relacionado à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003). Esta subsidia diretrizes para a identificação do perfil funcional de cada paciente, favorecendo a aplicação de abordagens adequadas e de estratégias para a tomada de decisões clínicas eficazes (RIBEIRO et al., 2016; GUERRA et al., 2017).

O comprometimento funcional após AVE causa impacto negativo na vida da pessoa

afetada e de seus familiares (FARIA et al., 2017), uma vez que, geralmente, de maneira informal, a família passa a fornecer cuidados às necessidades do sobrevivente, o que gera mudanças em sua rotina. O cuidador, quando não apoiado nesse novo papel, pode apresentar sobrecarga, tornando-se mais vulnerável ao adoecimento físico e psíquico (BYUN; EVANS, 2015). Nos sobreviventes, as limitações interferem na realização do autocuidado, na interação social, no desenvolvimento do papel familiar e no trabalho (FARIA et al., 2017), resultando em prejuízos na execução de atividades que anteriormente desenvolviam, além de predispor a agravos à saúde como a depressão, ansiedade e estresse, refletindo negativamente na sua QV (VISSER et al., 2014; PLOW et al., 2017).

Diante da gravidade e dos comprometimentos advindos do AVE, o Ministério da Saúde, publicou em 2012 a Portaria MS/GM nº 665, que institui a Linha de Cuidados em AVE no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o cuidado integral e contínuo às vítimas de AVE, por meio de serviços organizados em rede, de forma hierarquizada e descentralizada. A assistência abrange desde o pré-hospitalar, mediante o atendimento do SAMU, até o retorno ao domicílio (BRASIL, 2012).

Os sobreviventes com alterações funcionais, após a alta hospitalar, devem ser atendidos por uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar e voltada para a reabilitação, além do indispensável acompanhamento longitudinal pela equipe da Unidade Saúde da Família (USF), que atua coordenando o cuidado (BRASIL, 2013b). Nessa perspectiva, a assistência da enfermagem à pessoa acometida por AVE perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, devendo ser executada continuamente pelo enfermeiro da USF adscrita ao território do paciente, que irá acompanhar o sobrevivente e a sua família no contexto comunitário, auxiliando-o no processo de adaptação e na reabilitação.

3.2 Estresse percebido: contextualização e repercussões após acidente vascular encefálico

A compreensão do conceito de estresse evoluiu ao longo do tempo. O termo estresse surgiu no século XIV significando desafio, adversidade ou aflição. A partir do século XIX, foi definido na área da mecânica como a tensão ou a resistência ocasionada por uma força aplicada a um corpo (FARO; PEREIRA, 2013). Posteriormente, seu uso foi expandido, na área da saúde

passou a ser atribuído às pressões que geram comprometimento físico e/ou mental (MARIOTTI, 2015).

As investigações sobre o estresse têm sido realizadas durante décadas, o que proporcionou o surgimento de diversas vertentes e definições. A partir da evolução na compreensão sobre o estresse, podem-se destacar três perspectivas teóricas que são reconhecidas como as suas principais contribuições explicativas: a Resposta, o Estímulo e a perspectiva Cognitiva (FARO; PEREIRA, 2013).

A Resposta evidencia que existe um retorno padronizado quando o organismo está frente a demandas que podem desequilibrar o seu funcionamento (FARO, 2015), ocorrendo um conjunto de reações neurofisiológicas, as quais buscam o restabelecimento da homeostase, sendo definida como a Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (FARO; PEREIRA, 2013; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015). Esta síndrome age em três fases: alarme, que compreende a resposta inicial e se caracteriza pelo mecanismo de luta-fuga; em contrapartida, a resistência envolve a possibilidade do organismo de resistir à ação do estressor em um determinado tempo; e a exaustão acontece quando os mecanismos de adaptação da resistência cessam em decorrência da sobrecarga por funcionamento demasiado ou falência do organismo (SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

A perspectiva da Resposta recebeu críticas por não agregar os aspectos psicológicos e sociais. Em virtude da ampliação das pesquisas, houve uma expansão do conceito e o estresse passou a ser investigado na psicologia. Diante disso, surgiu a perspectiva baseada em Estímulos, que tem como foco o agente estressor. Caracteriza-se na potencialidade do estímulo em relação aos níveis de estresse, enfatiza que há situações que são naturalmente estressoras em qualquer nível e sua repercussão no indivíduo está ligada às características do estímulo (FARO; PEREIRA, 2013).

A abordagem Estímulo foi censurada por não considerar as diferenças individuais e a sua capacidade de adaptação, o que pode gerar variação na intensidade da reação ao estressor, favorecendo o surgimento e fortalecimento da perspectiva Cognitiva. Esta evidencia que o estresse não se restringe à reação orgânica e ao estímulo, mas relaciona-se à capacidade de enfrentamento à adversidade (FARO; PEREIRA, 2013). O estresse é percebido como uma relação entre o indivíduo e o ambiente, na qual não é a qualidade do evento que o torna estressor, e sim a forma como é percebido e julgado (VINE; MOORE; WILSON, 2016).

Na interação entre indivíduo e ambiente, há dois processos decisivos: a avaliação cognitiva e o coping. O primeiro avalia a causa e em que medida as interações entre a pessoa e o ambiente são estressoras (GOMES et al., 2013), e o coping relaciona-se à maneira com que o indivíduo enfrenta as demandas dessa relação que podem gerar estresse (BANG et al, 2013; PEREIRA; BRANCO, 2016). A avaliação cognitiva é dividida em três tipos: primária, secundária e reavaliação. A primária associada ao julgamento sobre como a pessoa percebe determinadas situações. A secundária relaciona-se à avaliação das opções de enfrentamento. E a reavaliação refere-se a um processo contínuo de analisar, alterar e reclassificar as avaliações anteriores, à medida que a situação evolui (GOMES et al., 2013).

Sobre o coping, este se define como o enfrentamento, caracterizando esforços cognitivos e comportamentais que uma pessoa demonstra para administrar as demandas que surgem a partir da relação da pessoa com o ambiente, sendo a sua principal função minimizar o estresse (BANG et al, 2013; PEREIRA; BRANCO, 2016). O enfrentamento é eficaz quando há uma redução da percepção de ameaça e alívio das emoções resultantes de situações estressoras (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Diante disso, até o momento, a compreensão de estresse mais aceita é a baseada na perspectiva Cognitiva, sem excluir totalmente o estímulo e a resposta (FARO; PEREIRA, 2013). Essa interpretação contempla a Teoria Transacional do Estresse e Coping, proposto pelos estudiosos Lazarus e Folkman (1984). Nessa proposta, o estresse é um processo individualizado, produto da relação entre o indivíduo e ambiente, surge quando os recursos adaptativos cessam ou são sobrecarregados, o que pode comprometer o bem-estar (FARO; PEREIRA, 2013). A inclusão da perspectiva Cognitiva oportunizou a sistematização de diferentes formas de mensurar e investigar o estresse (FARO; PEREIRA, 2013).

Estudiosos afirmam que o estresse não deve ser subestimado, haja vista que, em excesso pode ocorrer desgaste dos sistemas fisiológicos, contribuindo para o aparecimento de comprometimentos físicos e psíquicos. A avaliação e o monitoramento do estresse devem ser realizados pelos profissionais de saúde, mediante a identificação da necessidade (GOMES et al., 2015), existindo uma diversidade de escalas e inventários para a sua mensuração. Dentro da perspectiva Cognitiva, destaca-se a Perceived Stress Scale – PSS (Escala de Estresse Percebido - EEP), que foi desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), validada em vários

países e existe em três versões: com 14, 10 e 4 itens. Estas versões captam as variações individuais da percepção do estresse (FARO, 2015).

No Brasil, a mensuração do estresse frente às morbidades crônicas, como diabetes mellitus, HAS e doença renal crônica, tem sido foco de vários estudos (VALLE, SOUZA, RIBEIRO, 2013; SOUSA et al., 2017; MESQUITA et al., 2014; GEREMIAS et al., 2017). Porém, pesquisas que avaliaram o estresse em pessoas que sofreram AVE são escassas na produção científica nacional (SANTOS et al., 2015).

O AVE trata-se de uma morbidade súbita que pode culminar em comprometimento físico, cognitivo e emocional, gerando diversas mudanças na vida das vítimas (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2015), como a alteração na rotina, perda de papéis sociais, comprometimento funcional e cognitivo, dependência, além de repercussões emocionais negativas (SANTOS et al., 2017; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2016), o que segundo a Teoria Transacional do Estresse e Coping (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), pode exigir do sobrevivente recursos de enfrentamento superiores ao que ele tem disponível para se adaptar à nova realidade, resultando em estresse.

Estudos evidenciaram níveis de estresse elevados entre os sobreviventes de AVE logo após a alta hospitalar (SANTOS et al., 2017; SANTOS et al., 2015; OSTWALD et al., 2009). Pesquisa longitudinal realizada em Brasília identificou nesse público, estresse mais alto imediatamente após o retorno para casa, diminuindo nos seis meses seguintes (SANTOS et al., 2017).

Levando em consideração a avaliação cognitiva proposta pela Teoria Transacional do Estresse e Coping (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), ao longo do tempo e à medida que os sobreviventes de AVE reavaliam a situação, as análises anteriores são reclassificadas e novos recursos de enfrentamento são adotados, favorecendo a adaptação, o que diminui o estresse. Com o passar dos meses, os sobreviventes percebem que algumas sequelas serão crônicas e que a reabilitação é um processo longo, diante disso eles reformulam as expectativas, adaptando-se melhor à atual situação (SANTOS et al., 2017).

O aumento dos níveis de estresse também está relacionado a outros fatores. Estudo longitudinal realizado no Texas com sobreviventes de AVE, durante o primeiro ano em casa, identificou que a baixa percepção de recuperação das sequelas e a maior dependência funcional foram preditoras de maiores níveis de estresse (OSTWALD et al., 2009), além disso, outras

pesquisas apontam que a presença de sintomatologia depressiva, de emoções negativas, de déficit cognitivo e de dificuldade na comunicação associaram-se a maiores médias de estresse percebido (OSTWALD; SWANK; KLAN, 2008).

A cronicidade do estresse após o AVE pode causar prejuízos na capacidade de administrar a rotina, dificultar o processo de reabilitação e reintegração social, e favorecer o desenvolvimento de doenças e agravos, como um novo episódio de AVE (SANTOS et al., 2017). Nesse sentido, é imprescindível a identificação precoce do estresse e de seus preditores, a fim de desenvolver intervenções para minimizar o seu nível e controlar os fatores desencadeadores.

3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde após acidente vascular encefálico

A QV tem sido foco de estudos de diversas áreas do conhecimento, com destaque para a área da saúde, que a tem como alvo das suas políticas públicas para a população (FERIGOLLO; FEDOSSE; SANTOS FILHA, 2015). Na década de 1960, a QV foi como objeto de estudo e nos últimos anos tem se tornado cada vez mais popular (GIMENES, 2013). Em pesquisa no PubMed, sobre as publicações com o termo “qualidade de vida”, foi identificado em torno de um artigo/ano na década de 1960 (POST, 2014), atualmente, esse número cresceu, representando 133.953 referências apenas nos últimos cinco anos, compreendendo o período de 2014 a 2018.

Embora a comunidade científica reconheça a sua importância, não existe um consenso sobre o seu conceito e há uma diversidade de aplicações, que se modificam em relação à época e ao contexto em que tem sido empregada (CRUZ; COLLET; NOBREGA, 2018). Por exemplo, na área da economia a QV refere-se a bens materiais e no desenvolvimento social abrange educação, saúde e lazer. Após a década de 1960, devido à evolução da ciência e ao aumento da expectativa de vida, a sua compreensão foi ampliada para o aspecto subjetivo, além de sofrer influência de fatores individuais, sociais e ambientais (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

O Grupo de QV da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL GROUP) define a QV como a percepção do indivíduo de si no contexto cultural e social e em relação as suas metas, expectativas, anseios e desejos (WHOQOL GROUP, 1995). Nessa perspectiva, o termo QV é constituído por vários fatores, objetivos e subjetivos, que refletem conhecimentos, vivências e convicções de indivíduos e coletividades, em um contexto cultural, social e histórico (FLECK, 2008).

Há uma diversidade de conceitos para o termo QV, mesmo diante da inexistência de um significado consensual, observa-se uma concordância entre os pesquisadores em dois aspectos: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade considera a avaliação pessoal sobre o seu estado de saúde e os aspectos da sua vida, contudo a multidimensionalidade, se refere às diversas dimensões que influenciam a QV, incluindo três que são básicas: a física, a psicológica e a social (SEIDL; ZANNON, 2004).

Atualmente há duas tendências para a utilização do termo QV: o primeiro no aspecto mais genérico, e o segundo, QVRS, que se refere às morbidades e às intervenções em saúde (VISSER et al., 2014), englobando também a compreensão do indivíduo sobre a sua vida frente à morbidade (CRUZ; COLLET; NOBREGA, 2018; VISSER et al., 2014). Vale salientar que muitos pesquisadores as tratam como sinônimos (POST, 2014).

A QVRS tem sido amplamente pesquisada no contexto das doenças crônicas. No AVE, embora as hospitalizações tenham aumentado, houve uma diminuição da taxa de mortalidade (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2015). Todavia, entre os sobreviventes, há prevalência de incapacidade e dependência funcional, além dos frequentes comprometimentos cognitivo, emocional e social (FARIA et al., 2017). Diante dessa realidade, surge o interesse de estudiosos em pesquisar a QVRS nesse público (KIM; KIM; KIM, 2014).

Um estudo identificou a redução da QVRS entre os pacientes vítimas de AVE em comparação com indivíduos saudáveis, no qual as limitações físicas foram identificadas como fator determinante para esses resultados (KIM; KIM; KIM, 2014). As sequelas decorrentes do AVE provocam consequências negativas para a autonomia e independência dos sobreviventes, gerando comprometimento funcional e consequente diminuição da sua QVRS (LIMA et al., 2018). A redução da QV após o episódio de AVE tem sido observada em outros estudos (LIMA et al., 2014), assim como o prejuízo na QVRS (CANUTO; NOBREGA; ARAÚJO, 2016; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Uma pesquisa realizada na África com pacientes que sofreram AVE apontou uma associação estatística entre a redução da QVRS com maiores níveis de ansiedade, depressão e baixa interação social, demonstrando que outros fatores, além do sensório-motor, também contribuem para reduzir a QVRS nesses pacientes (HEIKINHEIMO; CHIMBAYO, 2015), resultado semelhante foi observado em outros estudos (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; TANG, 2013; KATONA et al., 2015).

Nesse contexto, percebe-se que a mensuração da QVRS é um recurso importante para a avaliação global das pessoas que sofreram AVE, existindo uma variedade de instrumentos. A maioria das pesquisas brasileiras avaliou a QVRS após o AVE através da aplicação de instrumentos genéricos, como o 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e o World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF), as quais permitem que os pesquisadores comparem pacientes com diferentes doenças, mas são pouco efetivas em relação aos efeitos característicos de uma morbidade ou sobre a resposta a um tratamento específico (MAHMOODI et al., 2015).

Uma revisão da literatura, que teve como objetivo apresentar os instrumentos que são utilizados para avaliação de QVRS de pacientes adultos após AVE, identificou que entre as escalas validadas com aplicação para a população brasileira destacou-se a Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE), por se tratar de uma escala específica, efetiva para avaliar alterações significativas da QVRS e sensível às particularidades das pessoas acometidas por AVE. Entretanto, é pouco utilizada nas pesquisas nacionais (OLIVEIRA; ORSINI, 2009).

A EQVE-AVE foi criada por Williams et al. (1999) e validada para o português do Brasil por Lima (2008). Internacionalmente é vastamente utilizada, foi validada em diversos países como a França (LEGRIS et al., 2018), Nigéria (ODETUNDE; AKINPELU; ODOLE, 2017), Irã (MAHMOODI et al., 2015), México (CRUZ-CRUZ et al., 2013), entre outros, evidenciando-se como um instrumento válido e confiável para mensurar a QVRS em pessoas que sofreram AVE (MAHMOODI et al., 2015).

Este instrumento é composto por 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produtividade) que abrangem questões relacionadas às três dimensões da CIF: estrutura e função corporal, atividade e participação (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2009). Em comparação com instrumentos genéricos, a EQVE-AVE demonstrou maior abrangência nas funções frequentemente comprometidas em decorrência do AVE (OLIVEIRA; ORSINI, 2009). O WHOQOL-BREF e SF-36, por exemplo, não abordam perguntas a respeito da cognição, visão, linguagem e função das mãos, as quais estão presentes na EQVE-AVE. Assim, no presente estudo, foi utilizada a EQVE-AVE.

Nesse contexto, a avaliação da QVRS de pessoas que sofreram AVE, com destaque para a utilização de instrumentos específicos, configura-se como uma ferramenta útil para a

enfermagem, haja vista que auxiliam na compreensão da percepção do indivíduo sobre a sua saúde. Essa mensuração fornece dados relevantes para a elaboração de um plano de cuidados adequado e individualizado, com estratégias efetivas. Dessa forma, o processo de reabilitação será focado em objetivos específicos, direcionados à expectativa do indivíduo, favorecendo as suas necessidades e a efetividade do tratamento.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo transversal analisa a relação entre um fator e um efeito em determinado tempo, os parâmetros são analisados em um mesmo momento, simultaneamente (SAMPIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013). As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, com o intuito de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2017).

O estudo descritivo visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre variáveis, pode também determinar a natureza dessas relações (GIL, 2017). As pesquisas de abordagem quantitativa explicam e preveem fenômenos sob o enfoque numérico (GIL, 2017), ou seja, as opiniões e informações podem ser traduzidas em números para classificá-las e analisá-las, requer o uso da estatística (PEREIRA, 2016).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no domicílio dos indivíduos com sequelas de AVE, cadastrados nas USF do município de João Pessoa-PB. Nesta cidade, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) está organizada a partir de cinco Distritos Sanitários (DS), que estão ligados a Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de organizar e garantir à população uma atenção integral a partir dos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde (SMS, 2018).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por pessoas que sofreram AVE e que residiam em João Pessoa-PB. A amostra foi calculada a partir do total de internações dos últimos seis meses anteriores à coleta de dados (dezembro de 2017 a maio de 2018), na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do município, o que correspondeu a 231 internações, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2018).

O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base uma margem de erro de 5% (Erro=0,05), com grau

de confiabilidade de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$) e prevalência estimada de 50% ($p=0,50$), correspondendo a uma amostra mínima de 146. Acrescentou-se 10% para possíveis situações eventuais, totalizando 160 participantes. Não houve perdas ou recusas na amostra.

Os serviços da Atenção Básica do município possuem 200 Equipes de Saúde da Família (EqSF) distribuídas nos cinco DS (SMS, 2018). A seleção das EqSF para captação dos participantes foi realizada de forma aleatória, sendo sorteadas oito de cada DS, totalizando 40, sendo selecionados quatro indivíduos por equipe.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas cadastradas em uma das EqSF sorteadas, ter tido AVE com tempo igual ou superior a três meses, apresentar pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE e idade igual ou superior a 18 anos. Definiram-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que possam impedir na compressão dos questionários, e deficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo utilizados pontos de corte de acordo com a escolaridade do respondente: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos) (BERTOLUCCI, 1994) (ANEXO A).

4.4 Procedimentos para coleta de dados

O período de coleta ocorreu de julho a novembro de 2018, mediante entrevista realizada no domicílio dos participantes. Foi solicitado aos enfermeiros das EqSF uma listagem de todas as pessoas com sequelas de AVE cadastradas, para a seleção dos participantes do estudo foi realizado um sorteio aleatório. Posteriormente, ocorreu o contato prévio pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Destaca-se que se optou por realizar a entrevista no domicílio do participante, pelo fato da maioria apresentar limitações físicas, dificultando a locomoção. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e docentes de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB, com acompanhamento de um ACS, após um treinamento prévio, que envolveu apresentação, explicação e aplicação da escala entre os entrevistadores para padronizar o processo de coleta dos dados.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo, foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas referentes ao sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, renda familiar e individual, fonte de renda, hábitos de vida, situação de saúde, características referentes ao AVE, presença de cuidador, tipo, parentesco e quantidade de cuidador (LIMA, 2017) (ANEXO B).

A capacidade funcional foi investigada por meio do Índice de Barthel que avalia o nível de cuidados requeridos por um indivíduo que apresenta algum tipo de incapacidade (ANEXO C). Este instrumento avalia 10 itens referentes ao controle de esfínteres intestinal, vesical, capacidade para realizar a higiene pessoal, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se da cadeira para a cama, caminhar, vestir-se, subir escadas e tomar banho. Cada resposta apresenta uma pontuação específica, com valor total de 0 a 100 pontos (MINOSSO et al., 2010). No presente estudo considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos) (GRANGER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979).

O estresse vivenciado após AVE foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido (EEP) (LUFT et al., 2007). A EEP é uma escala geral, que pode ser utilizada em diversos grupos etários, visto que não contém questões específicas do contexto. Os itens avaliam o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregado os respondentes compreendem suas vidas (COHEN; WILLIAMSON, 1988).

Existem três versões para a referida escala: com 14, 10 e 4 itens. Neste estudo, foi utilizada a versão com 10 itens (EEP-10) por apresentar elevada consistência interna (0,78), o que recomenda a sua utilização (LUFT et al., 2007). Cada item consiste em afirmações pontuadas de acordo com a frequência com que elas ocorrem, recebendo uma pontuação que varia entre 0 e 4. As questões com conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As questões negativas devem ser somadas diretamente. Os escores totais podem variar de 0 a 40, os escores mais altos sugerem níveis mais elevados de estresse (LUFT et al., 2007) (ANEXO D).

Para a avaliação da QVRS específica pós AVE, foi aplicada a EQVE-AVE (LIMA et al., 2008) (ANEXO E). Trata-se de um questionário que possui 49 itens, distribuídos em 12

domínios: energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produtividade. As respostas possuem como parâmetro de referência a semana anterior e são quantificadas em uma escala tipo Linkert que varia de 1 a 5 pontos, o escore total varia de 49 a 245 (WILLIAMS et al., 1999; LIMA et al., 2008).

Para a classificação da QVRS, foram definidos como baixa QVRS escores inferiores a 60% (147 pontos) da pontuação máxima da EQVE-AVE (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; MOREIRA et al., 2015). Assim como em pesquisas anteriores, para viabilizar a comparação entre os domínios da EQVE-AVE, calculou-se os seus escores médios levando em consideração a sua quantidade de itens, ou seja, a relação do escore total do domínio pelo quantitativo de questões em cada, haja vista que não há homogeneidade na distribuição da quantidade de itens entre eles, o que impossibilita a comparação entre o escore total dos domínios (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; MOREIRA et al., 2015).

4.6 Análise de dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no *Microsoft Office Excel*, com dupla digitação, a fim de garantir a confiabilidade na copilação dos dados. Em seguida, foram importados e processados pelo software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0 para análise descritiva e inferencial.

Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para a verificação da normalidade da capacidade funcional, estresse percebido, QVRS e os seus domínios, apresentando distribuição não normal. A fim de identificar a relação entre as variáveis, utilizou-se os Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis de acordo com os seus pressupostos. Para correlacionar, foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman por se tratarem de variáveis não paramétricas, sendo a classificação da magnitude das correlações fraca se $|r| < 0,3$; moderada se $0,3 \leq |r| < 0,7$; e forte se $|r| \geq 0,7$ (MUNRO, 2001). Considerou-se associação estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

A confiabilidade dos instrumentos foi avaliada estimando-se a consistência interna mediante o Coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor varia de 0,0 a 1,0, considerou-se valores $\geq 0,70$ como fidedignos (OVIEDO; CAMPO-ARIAS, 2005).

4.7 Posicionamento ético

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementariedades, que descrevem os padrões éticos e morais de pesquisa referente à comunidade científica (BRASIL, 2012), atendendo com rigor todas as suas recomendações que dizem respeito à normatização da pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012). Além disso, foram considerados responsabilidades e deveres contidos na Resolução COFEN 311/2007, que regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Os participantes foram informados sobre a justificativa da pesquisa, finalidade e garantia de sigilo e confidencialidade das informações fornecidas, participação voluntária e a recusa sem qualquer penalidade. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia (APÊNDICE A). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de número 2.994.882, com CAAE 91360718.1.0000.5188.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

Na distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes, observou-se maior frequência do sexo masculino (51,3%), faixa etária de 60 anos ou mais (83,8%), com idade média de 65,84 ($\pm 9,67$), casados (60,6%), católicos (58,1%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (48,1%), renda individual e familiar de um a três salários mínimos (78,1% e 76,3%, respectivamente) e fonte de renda decorrente de aposentadoria (58,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	82	51,3
Feminino	78	48,7
Faixa etária		
< 60 anos	26	16,3
60 anos ou mais	134	83,8
Situação conjugal		
Casado	97	60,6
Viúvo	32	20,0
Solteiro	18	11,3
Divorciado	13	8,1
Religião		
Católico	93	58,1
Evangélica	45	28,1
Não tem religião	12	7,5
Espírita	9	5,6
Testemunha de Jeová	1	0,6
Escolaridade		
Analfabeto	15	9,4
1 - 4 anos de estudo	77	48,1
5 - 8 anos de estudo	39	24,4

continua

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	n	%
9 - 12 anos de estudo	20	12,5
13 anos ou mais	9	5,6
Renda individual*		
< 1 salário mínimo	5	3,1
1 a 3 salários mínimos	125	78,1
4 a 5 salários mínimos	7	4,4
5 ou mais salários mínimos	7	4,4
Não tem renda	16	10,0
Renda familiar*		
< 1 salário mínimo	6	3,8
1 a 3 salários mínimos	122	76,3
4 a 5 salários mínimos	19	11,9
6 ou mais salários mínimos	13	8,1
Fonte de renda		
Aposentadoria	93	58,1
Atividade remunerada	23	14,4
Pensão	17	10,6
Não tem renda	15	9,4
Doação	5	3,1
Benefício	5	3,1
Aluguel	2	1,3
Total	160	100,0

* Salário mínimo vigente em 2018= 954,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Em relação aos hábitos de vida, identificou-se que a maioria referiu não consumir bebida alcoólica (90,0%), não fumar (91,9%) e não praticar atividade física (86,9%). Sobre as condições de saúde, 38,8% avaliaram o seu estado de saúde como ruim e 29,4% como nem ruim, nem boa. Dentre os fatores de risco para o AVE, os mais relatados foram: idade maior que 55 anos (83,8%) e a HAS (73,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis referente aos hábitos de vida e condições de saúde de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa - PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	144	90,0
Sim	16	10,0
Tabagismo		
Não	147	91,9
Sim	13	8,1
Atividade física		
Não	139	86,9
Sim	21	13,1
Estado de saúde autorreferido		
Muito ruim	25	15,6
Ruim	62	38,8
Nem ruim, nem boa	47	29,4
Boa	26	16,3
Muito boa	-	-
Fatores de risco para AVE*		
Idade maior que 55 anos	134	83,8
HAS	117	73,1
Sexo masculino	81	50,6
Diabetes mellitus	53	33,1
AVE prévio	22	13,8
Tabagismo	22	13,8
Dislipidemia	17	10,6
Cardiopatía	14	8,8
Histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM)	5	3,1

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A Tabela 3 apresenta as características do AVE, em que a maioria referiu ter sofrido o último AVE há mais de um ano (63,1%), do tipo isquêmico (70,0%), sendo apenas um episódio (66,3%), com predomínio de sequelas motoras (66,3%) e fraqueza muscular (47,5%). Em relação à reabilitação, 46,9% fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo à fisioterapia (45,6%).

Tabela 3 - Distribuição dos dados referentes às características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	n	%
Último AVE		
3- 6 meses	39	24,4
7 meses - 1 ano	20	12,5
> 1 ano	101	63,1
Tipo do último AVE		
Isquêmico	112	70,0
Não sabe	31	19,4
Hemorragico	17	10,6
Quantidade de AVE		
1 episódio de AVE	106	66,3
2-3 episódios de AVE	50	31,2
≥4 episódios de AVE	4	2,5
Tipo de sequela*		
Alteração motora	106	66,3
Fraqueza muscular	76	47,5
Déficit de sensibilidade	38	23,8
Distúrbio de humor	35	21,9
Disfagia	35	21,9
Alteração visual	27	16,9
Paralisia facial	17	10,6
Fez/faz reabilitação		
Não	85	53,1
Sim	75	46,9
Tipo de reabilitação*		
Fisioterapia	73	45,6
Psicoterapia	7	4,4
Fonoaudiologia	7	4,4
Terapia ocupacional	2	1,3

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Na Tabela 4 demonstra-se que 62,5% dos participantes possuíam cuidador, dos quais 91,0% eram do tipo informal. Sobre a quantidade, a maioria relatou ter apenas um (40,0%), tendo o cônjuge como o cuidador principal (44,0%).

Tabela 4 - Distribuição das variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	n	%
Presença de cuidador		
Sim	100	62,5
Não	60	37,5
Tipo de cuidador		
Informal	91	91,0
Formal	9	9,0
Quantidade de cuidadores		
Um	40	40,0
Dois	33	33,0
Três	27	27,0
Cuidador principal		
Cônjuge	44	44,0
Filho	40	40,0
Cuidador formal	9	9,0
Nora ou genro	5	5,0
Irmão	2	2,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

5.2 Capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

Na avaliação da capacidade funcional, identificou-se média de 73,26 no Índice de Barthel (DP= $\pm 25,61$). Evidenciou-se que 83,7% apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada (47,5). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,91, sendo satisfatório (Tabela 5). Os participantes apresentaram maior necessidade de ajuda e dependência para subir escadas (74,4%) e caminhar (58,1%).

Tabela 5 - Classificação da capacidade funcional e a consistência interna do Índice de Barthel aplicado em pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

	n	%	Média	DP	Alfa de Cronbach
Capacidade funcional			73,26	25,61	0,91
Dependência total	10	6,3			
Dependência grave	31	19,4			
Dependência moderada	76	47,5			
Dependência leve	17	10,6			
Independência	26	16,3			

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A capacidade funcional apresentou relação significativa com as variáveis faixa etária ($p=0,039$) e a fonte de renda ($p=0,004$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre a capacidade funcional e os dados sociodemográficos de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Capacidade funcional		Valor p
	Média	DP	
Sexo			0,652*
Masculino	74,84	23,80	
Feminino	74,23	25,67	
Faixa etária			0,039*
<60 anos	83,65	16,03	
60 anos ou mais	72,58	25,81	
Situação conjugal			0,080**
Solteiro	85,58	13,21	
Divorciado	83,30	18,22	
Casado	76,36	23,32	
Viúvo	58,62	29,39	
Religião			0,841**
Espírita	83,33	12,2	
Não tem religião	76,36	17,61	
Testemunha de jeová	75,00	-	
Católico	74,27	26,37	
Evangélica	72,68	25,2	
Escolaridade			0,722**
Analfabeto	77,66	21,86	
1 - 4 anos de estudo	72,81	24,03	
5 - 8 anos de estudo	75,58	25,69	
9 - 12 anos de estudo	79,63	22,88	
13 anos ou mais	67,50	36,64	
Renda individual			0,401**
< 1 salário mínimo	92,00	7,58	
1 a 3 salários mínimos	73,60	25,49	
4 a 5 salários mínimos	75,71	15,66	
6 ou mais salários mínimos	85,00	24,08	
Não tem renda	70,76	24,48	
Renda familiar			0,836**
< 1 salário mínimo	73,00	19,87	
1 a 3 salários mínimos	73,67	25,07	
4 a 5 salários mínimos	79,21	21,23	
6 ou mais salários mínimos	75,83	29,60	
Fonte de renda			0,004**
Atividade remunerada	93,91	10,66	
			<i>continua</i>

Tabela 6 – Relação entre a capacidade funcional e os dados sociodemográficos de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Benefício	78,60	13,40	
Não tem renda	74,16	24,29	
Aposentadoria	70,11	26,64	
Pensão	69,68	23,27	
Doação	68,00	14,83	
Aluguel	68,00	24,69	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Foi observado significância estatística na relação entre a capacidade funcional e as variáveis atividade física ($p=0,004$) e estado de saúde autorreferido ($p<0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre a capacidade funcional e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Consumo de bebidas alcoólicas			0,500*
Sim	92,91	7,82	
Não	72,91	25,02	
Tabagismo			0,435*
Sim	79,53	23,33	
Não	73,97	24,86	
Atividade física			0,004*
Sim	90,78	11,81	
Não	72,13	25,21	
Estado de saúde autorreferido			<0,001**
Muito ruim	59,78	27,85	
Ruim	70,90	20,79	
Nem ruim, nem boa	77,17	27,22	
Boa	92,08	10,52	
Muito boa	-	-	
Fatores de risco para AVE			
Idade maior que 55 anos			0,061*
Não	78,01	28,38	
Sim	69,22	21,42	
HAS			0,865*
Sim	74,87	24,52	
Não	73,32	25,68	

continua

Tabela 7 - Relação entre a capacidade funcional e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Sexo masculino			0,072*
Sim	79,41	18,26	
Não	72,52	26,72	
Diabetes mellitus			0,369*
Não	74,82	25,60	
Sim	73,97	23,00	
AVE prévio			0,076*
Sim	78,33	17,55	
Não	73,91	25,69	
Tabagismo			0,090*
Não	74,58	23,36	
Sim	74,28	32,22	
Hipercolesterolemia			0,731*
Não	75,46	24,55	
Sim	63,18	24,72	
Cardiopatía			0,449*
Não	75,60	24,08	
Sim	66,94	28,94	
Histórico de IAM			0,617*
Não	74,95	25,40	
Sim	63,00	33,09	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Dentre as características do AVE, apenas os tipos de sequelas alteração motora ($p=0,049$) e fraqueza muscular ($p=0,011$) apresentaram relação significativa com a capacidade funcional (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação entre a capacidade funcional e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Último AVE			0,413*
3 - 6 meses	69,86	17,98	
7 meses - 1 ano	74,73	21,55	
> 1 ano	76,33	28,83	
Tipo do último AVE			0,658*
Não sabe	75,75	24,21	

continua

Tabela 8 – Relação entre a capacidade funcional e as características do AVE.
João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Hemorrágico	72,60	30,85	0,405*
Isquêmico	70,58	14,98	
Quantidade de AVE			
1 episódio	75,08	25,62	0,405*
2-3 episódios	75,42	22,40	
≥4 episódios	70,00	22,69	
Tipo de sequela			0,049**
Alteração motora			
Não	79,67	27,00	
Sim	71,64	22,93	0,011**
Fraqueza muscular			
Não	79,45	23,13	
Sim	69,14	25,38	0,063**
Déficit de sensibilidade			
Não	78,46	21,39	
Sim	60,46	30,43	0,173**
Distúrbio de humor			
Não	76,82	23,10	
Sim	66,34	28,63	0,508**
Alteração visual			
Sim	77,03	25,44	
Não	73,87	24,55	0,305**
Disfagia			
Não	75,51	23,23	
Sim	69,58	31,23	0,056**
Paralisia facial			
Sim	85,29	20,34	
Não	73,13	24,93	0,075**
Fez/faz reabilitação			
Não	80,62	21,03	
Sim	69,16	26,51	0,062**
Tipo de reabilitação			
Fisioterapia			
Não	80,57	20,68	0,323**
Sim	68,26	27,01	
Psicoterapia			
Sim	83,57	18,41	0,676**
Não	74,09	24,93	
Fonoaudiologia			
Não	74,73	24,44	
Sim	70,71	31,28	

continua

Tabela 8 – Relação entre a capacidade funcional e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	Média	Média
Terapia ocupacional			0,187**
Sim	97,50	3,53	
Não	74,22	24,71	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Kruskal-Wallis ** Teste de Mann-Whitney

Na tabela 9, observa-se significância estatística na relação entre a capacidade funcional e a presença de cuidador ($p < 0,001$).

Tabela 9 – Relação entre a capacidade funcional e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Capacidade funcional		
	Média	DP	Valor p
Presença de cuidador			<0,001*
Não	90,50	15,12	
Sim	64,72	24,36	
Tipo de cuidador			0,066*
Formal	65,18	24,27	
Informal	51,11	26,07	
Quantidade de cuidadores			0,070**
Um	74,32	13,73	
Dois	57,60	20,31	
Três	57,09	27,47	
Cuidador principal			0,100**
Cônjuge	68,09	23,09	
Irmão	67,50	3,53	
Filho	64,28	22,94	
Cuidador formal	48,88	10,91	
Nora ou genro	31,66	15,47	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

5.3. Estresse percebido de pessoas com sequelas de acidentes vascular encefálico

Em relação ao estresse percebido, identificou-se média de 22,05 (DP= $\pm 10,92$). Dentre os itens da EEP-10, foram observados níveis de estresse mais elevado nas seguintes questões: Ter se sentido com frequência incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida (2,65; $\pm 1,16$) e

Esteve preocupado (a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente (2,64; $\pm 1,07$). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,80, sendo o nível de confiabilidade do instrumento considerado satisfatório (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das médias dos itens e a consistência interna da EEP-10 aplicada em pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Itens	Média	DP	Alfa de Cronbach
No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	2,65	1,16	0,79
No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?	2,64	1,07	0,80
No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em estresse?	2,52	1,27	0,78
No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?	2,45	0,90	0,81
No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?	2,24	0,99	0,81
No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controle?	2,21	1,07	0,81
No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?	1,97	1,09	0,84
No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?	1,91	1,10	0,80
No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?	1,87	1,14	0,79
No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?	1,59	1,13	0,77
Total	22,05	10,92	0,80

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Não houve significância estatística na relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas ($p > 0,05$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Estresse percebido		Valor p
	Média	DP	
Sexo			0,811*
Masculino	21,69	4,75	
Feminino	21,48	5,70	
Faixa etária			0,128*
<60 anos	22,96	4,87	
60 anos ou mais	21,29	5,27	
Situação conjugal			0,745**
Casado	21,64	5,90	
Solteiro	21,64	5,90	
Divorciado	21,61	4,55	
Viúvo	20,92	5,01	
Religião			0,092**
Espírita	23,11	3,85	
Evangélica	21,87	6,38	
Católico	21,44	4,62	
Não tem religião	21,36	5,51	
Testemunha de jeová	11,00	-	
Escolaridade			0,144**
Analfabeto	20,40	4,93	
1 - 4 anos de estudo	20,80	5,45	
5 - 8 anos de estudo	23,36	4,51	
9 - 12 anos de estudo	21,57	4,70	
13 anos ou mais	23,75	6,49	
Renda individual			0,383**
< 1 salário	18,80	4,32	
1 a 3 salários mínimos	21,50	5,38	
4 a 5 salários mínimos	23,85	3,53	
6 ou mais salários mínimos	21,00	3,57	
Não tem renda	22,07	5,51	
Renda familiar			0,087**
< 1 salário mínimo	24,80	4,81	
1 a 3 salários mínimos	22,09	5,19	
4 a 5 salários mínimos	18,52	5,66	
6 ou mais salários mínimos	21,25	2,98	
Fonte de renda			0,183**
Benefício	24,80	1,92	
Pensão	23,12	7,03	
Doação	22,40	6,38	
Não tem renda	21,83	4,89	
Aluguel	21,50	2,12	

continua

Tabela 11 - Relação entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Estresse percebido		
	Média	DP	Valor p
Atividade remunerada	21,50	2,12	
Aposentadoria	21,07	5,00	
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis			

Na relação entre o estresse percebido e os hábitos de vida, não houve significância estatística ($p>0,05$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Relação entre o estresse percebido e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Estresse percebido		
	Média	DP	Valor p
Consumo de bebidas alcoólicas			0,673*
Não	21,74	5,37	
Sim	19,91	2,77	
Tabagismo			0,063*
Sim	22,13	6,33	
Não	21,53	5,11	
Atividade física			0,393*
Não	21,73	5,20	
Sim	20,63	5,42	
Estado de saúde autorreferido			0,065**
Muito ruim	24,00	5,21	
Ruim	21,87	4,31	
Nem ruim, nem boa	21,06	5,82	
Boa	19,62	5,31	
Muito boa	-	-	
Fatores de risco para AVE			
Idade maior que 55 anos			0,072*
Não	22,81	4,49	
Sim	20,79	5,53	
HAS			0,831*
Sim	21,64	5,34	
Não	21,43	4,92	
Sexo masculino			0,547*
Não	21,75	5,35	
Sim	21,18	4,92	
Diabetes mellitus			0,947*
			<i>continua</i>

Tabela 12 – Relação entre o estresse percebido e os hábitos de vida de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Estresse percebido		Valor p
	Média	DP	
Sim	21,63	6,20	0,061*
Não	21,57	4,69	
AVE prévio			0,217*
Não	21,92	5,25	
Sim	19,61	4,71	0,401*
Tabagismo			
Não	21,80	4,99	0,737*
Sim	20,28	6,43	
Hipercolesterolemia			0,732*
Sim	24,20	6,81	
Não	21,29	4,96	0,732*
Cardiopatía			
Não	21,63	5,25	0,732*
Sim	21,14	5,12	
Histórico de IAM			0,732*
Não	21,61	5,29	
Sim	20,80	2,48	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Foi observado significância estatística com os tipos de sequelas: fraqueza muscular (p=0,041) e distúrbio de humor (p=0,032) (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre o estresse percebido e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Estresse percebido		Valor p
	Média	DP	
Último AVE			0,134*
3 - 6 meses	23,00	3,67	0,917*
7 meses - 1 ano	21,94	6,19	
> 1 ano	20,96	5,46	
Tipo do último AVE			0,729*
Não sabe	21,69	5,44	
Hemorragico	21,42	5,03	
Isquêmico	21,23	4,35	0,729*
Quantidade de AVE			
1 episódio	21,61	5,22	
2-3 episódios	21,20	5,22	

continua

Tabela 13 - Relação entre o estresse percebido e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Variáveis	Estresse percebido		Valor p
	Média	DP	
≥4 episódios	21,45	5,78	
Tipo de sequela			
Alteração motora			0,085**
Sim	22,14	5,43	
Não	20,60	4,72	
Fraqueza muscular			0,041**
Sim	22,51	4,96	
Não	20,75	5,34	
Déficit de sensibilidade			0,252**
Sim	22,53	5,34	
Não	21,33	5,18	
Distúrbio de humor			0,032**
Sim	23,34	4,81	
Não	21,10	5,25	
Alteração visual			0,342**
Sim	22,38	4,97	
Não	21,37	5,29	
Disfagia			0,332**
Sim	22,54	5,25	
Não	21,40	5,22	
Paralisia facial			0,958**
Não	21,60	5,22	
Sim	21,52	5,42	
Fez/faz reabilitação			0,233**
Sim	22,07	5,13	
Não	21,04	5,30	
Tipo de reabilitação			
Fisioterapia			0,420**
Sim	22,48	5,00	
Não	20,73	5,32	
Psicoterapia			0,760**
Não	21,62	5,31	
Sim	21,00	3,10	
Fonoaudiologia			0,704**
Não	21,62	5,30	
Sim	20,85	3,62	
Terapia ocupacional			0,401**
Não	21,63	5,23	
Sim	18,50	4,94	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Kruskal-Wallis **Teste de Mann-Whitney

O estresse percebido apresentou relação estatística com a presença de cuidador ($p=0,017$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Relação entre o estresse percebido e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	Estresse percebido		Valor p
	Média	DP	
Presença de cuidador			0,017*
Sim	22,39	5,15	
Não	20,28	5,12	
Tipo de cuidador			0,629*
Informal	23,11	4,64	
Formal	22,21	5,29	
Quantidade de cuidadores			0,432**
Um	22,13	5,69	
Dois	22,16	4,92	
Três	22,21	4,67	
Cuidador principal			0,155**
Cuidador formal	23,22	5,65	
Cônjuge	23,21	5,06	
Irmão	23,00	2,82	
Filho	21,31	4,83	
Nora ou genro	19,66	10,69	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

5.4 Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

Na avaliação da QVRS após o AVE, identificou-se média de 146,55 ($DP=\pm 39,05$). O valor de Alfa de Cronbach foi 0,90, sendo satisfatório (Tabela 15).

Tabela 15 – Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE e a consistência interna dos escores da EQVE-AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Domínios EQVE-AVE	Escore total por domínios	Alfa de Cronbach
	Média (DP)	
Linguagem	20,17 (4,73)	0,90

continua

Tabela 15 – Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE e a consistência interna dos escores da EQVE-AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Domínios EQVE-AVE	Escore total por domínios Média (DP)	Alfa de Cronbach
Autocuidado	16,85 (6,30)	0,91
Mobilidade	16,78 (6,71)	0,90
Funções da extremidade superior	15,13 (5,73)	0,90
Humor	14,58 (5,28)	0,91
Visão	12,33 (3,05)	0,90
Papéis sociais	10,54 (3,72)	0,90
Memória	10,18 (2,82)	0,90
Personalidade	7,77 (3,78)	0,91
Energia	7,77 (3,77)	0,91
Trabalho/produtividade	7,60 (3,45)	0,90
Papéis familiares	6,80 (3,28)	0,91
Total	146,55 (39,05)	0,90

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Para a comparação entre os domínios da EQVE-AVE, levou-se em consideração o escore médio por itens dos domínios, sendo os mais afetados: papéis sociais (2,10; $\pm 0,74$) e papéis familiares (2,26; $\pm 1,09$), e os menos comprometidos: visão (4,11; $\pm 1,01$) e memória (3,39; $\pm 0,94$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Domínios EQVE-AVE	Escore médio por itens dos domínios Média (DP)
Visão	4,11 (1,01)
Memória	3,39 (0,94)
Autocuidado	3,37 (1,26)
Linguagem	3,36 (0,78)
Funções da extremidade superior	3,02 (1,14)
Humor	2,91 (1,05)
Mobilidade	2,79 (1,11)
Personalidade	2,59 (1,26)
Energia	2,59 (1,25)
Trabalho/produtividade	2,53 (1,15)
Papéis familiares	2,26 (1,09)
Papéis sociais	2,10 (2,26)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Não houve significância estatística entre a QVRS e as variáveis sociodemográficas ($p \geq 0,05$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	QVRS		Valor p
	Média	DP	
Sexo			0,424*
Feminino	159,02	38,17	
Masculino	144,02	39,98	
Faixa etária			0,800*
<60 anos	147,61	39,75	
60 anos ou mais	146,33	39,06	
Situação conjugal			0,712**
Divorciado	157,69	40,42	
Casado	148,72	38,34	
Solteiro	141,77	43,93	
Viúvo	136,25	36,36	
Religião			0,877**
Testemunha de jeová	175,00	-	
Não tem religião	151,66	37,69	
Católico	148,35	39,67	
Evangélica	141,86	37,74	
Espírita	134,66	39,00	
Escolaridade			0,556**
Analfabeto	150,73	35,98	
1 - 4 anos de estudo	142,88	37,48	
5 - 8 anos de estudo	151,00	39,05	
9 - 12 anos de estudo	151,45	41,80	
13 anos ou mais	134,11	44,65	
Renda individual			0,533**
< 1 salário mínimo	161,40	29,75	
1 a 3 salários mínimos	144,89	38,54	
4 a 5 salários mínimos	124,42	30,80	
6 ou mais salários mínimos	181,42	47,90	
Não tem renda	145,50	34,94	
Renda familiar			0,150**
< 1 salário mínimo	141,50	25,53	
1 a 3 salários mínimos	144,64	38,01	
4 a 5 salários mínimos	144,15	41,77	
6 ou mais salários mínimos	165,61	44,75	
Fonte de renda			0,185**
Aluguel	175,00	83,43	

continua

Tabela 17 - Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sociodemográficas de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Atividade remunerada	165,21	40,05
Benefício	157,20	35,60
Doação	157,20	35,60
Não tem renda	146,26	32,27
Aposentadoria	143,74	39,55
Pensão	130,70	30,93

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

A QVRS apresentou significância estatística com a variável atividade física ($p < 0,001$) (Tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e os hábitos de vida de pessoa com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	QVRS		Valor p
	Média	DP	
Consumo de bebidas alcoólicas			0,145*
Sim	182,08	24,22	
Não	143,40	38,61	
Tabagismo			0,175*
Sim	159,53	47,10	
Não	145,08	37,96	
Atividade física			<0,001*
Sim	182,94	30,77	
Não	141,15	37,30	
Estado de saúde autorreferido			0,070**
Muito ruim	117,56	31,64	
Ruim	134,20	29,26	
Nem ruim, nem boa	159,62	35,89	
Boa	178,16	40,82	
Muito boa	-	-	
Fatores de risco para AVE			
Idade maior que 55 anos			0,319*
Sim	149,15	39,87	
Não	142,56	37,76	
HAS			0,468*
Sim	149,51	37,10	
Não	145,09	33,76	
Sexo masculino			0,283*
Não	148,78	38,98	

continua

Tabela 18 – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e os hábitos de vida de pessoa com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Sim	141,16	39,16	
Diabetes mellitus			0,144*
Não	150,16	39,95	
Sim	139,34	36,52	
AVE prévio			0,079*
Sim	149,38	38,50	
Não	146,08	39,28	
Tabagismo			0,195*
Sim	156,80	37,02	
Não	144,84	39,04	
Hipercolesterolemia			0,204*
Sim	158,73	46,59	
Não	145,17	48,06	
Cardiopatia			0,548*
Não	147,18	38,74	
Sim	140,57	43,00	
Histórico de IAM			0,947*
Não	146,59	39,46	
Sim	145,40	27,89	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

Foi observado significância estatística na relação entre a QVRS e as variáveis último AVE ($p < 0,001$) e os tipos de sequelas: alteração motora ($p < 0,001$), fraqueza muscular ($p = 0,025$) e distúrbio do humor ($p = 0,008$) (Tabela 19).

Tabela 19 – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	QVRS		Valor p
	Média	DP	
Último AVE			<0,001*
3 - 6 meses	123,41	27,96	
> 6 meses - 1 ano	140,68	39,77	
> 1 ano	156,82	38,83	
Tipo do último AVE			0,084*
Não sabe	150,13	33,98	
Isquêmico	144,42	29,99	
Hemorragico	128,58	34,96	
Quantidade de AVE			0,853*
1 episódio	148,27	39,04	
2-3 episódios	142,48	38,30	
≥4 episódios	146,90	39,42	

continua

Tabela 19 – Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as características do AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160) *continuação*

Tipo de sequela			
Alteração motora			<0,001**
Não	163,37	37,97	
Sim	137,07	36,55	
Fraqueza muscular			0,025**
Não	153,42	41,01	
Sim	139,00	38,56	
Déficit de sensibilidade			0,071**
Não	152,20	38,59	
Sim	126,28	34,10	
Distúrbio de humor			0,008**
Não	151,05	38,27	
Sim	130,40	38,10	
Alteração visual			0,246**
Sim	153,80	40,32	
Não	144,62	38,65	
Disfagia			0,055**
Não	150,00	37,03	
Sim	128,87	44,91	
Paralisia facial			0,219**
Sim	157,52	46,91	
Não	145,12	37,88	
Fez/faz reabilitação			0,080**
Não	155,57	36,80	
Sim	138,57	39,47	
Tipo de reabilitação			
Fisioterapia			0,064**
Não	155,53	36,58	
Sim	137,20	39,60	
Psicoterapia			0,837**
Não	146,70	38,08	
Sim	143,57	59,22	
Fonoaudiologia			0,944**
Sim	147,57	59,12	
Não	146,50	38,09	
Terapia ocupacional			0,540**
Sim	207,50	33,23	
Não	145,38	38,55	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Kruskal-Wallis ** Teste de Mann-Whitney

A QVRS relacionou-se estatisticamente com a variável presença de cuidador ($p < 0,001$) (Tabela 20).

Tabela 20 - Relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis referentes ao cuidador de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Variáveis	QVRS		Valor p
	Média	DP	
Presença de cuidador			<0,001*
Não	173,16	33,32	
Sim	130,18	32,93	
Tipo de cuidador			0,084*
Formal	150,00	39,79	
Informal	128,58	34,93	
Quantidade de cuidadores			0,853**
Um	148,27	39,04	
Dois	142,48	38,30	
Três	146,90	39,42	
Cuidador principal			0,060**
Filho	133,68	27,59	
Irmão	130,00	45,57	
Cônjuge	129,14	32,34	
Nora ou genro	121,50	4,94	
Cuidador formal	107,33	19,80	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Mann-Whitney **Teste de Kruskal-Wallis

5.5 Correlação da capacidade funcional e do estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

A correlação do escore geral da EQVE-AVE com a capacidade funcional dos participantes do estudo exibiu relação positiva forte ($r=0,705$) com significância estatística ($p \leq 0,05$). Ao analisar os domínios da EQVE-AVE separadamente, observou-se correlação positiva com significância estatística ($p \leq 0,05$) em todos os domínios, destacando-se a relação de forte magnitude entre a capacidade funcional com o autocuidado ($r=0,769$) e a mobilidade ($r=0,752$). Mediante esse resultado percebe-se que, quanto maior a independência funcional das pessoas com sequelas de AVE, maior a sua QVRS, especialmente nas funções pertinentes ao autocuidado e à mobilidade (Tabela 21).

Na investigação da correlação entre o escore geral da EQVE-AVE e o estresse, observou-se uma relação moderada, negativa e inversamente proporcional ($r=-0,436$), com significância estatística ($p\leq 0,05$). Verificou-se correlação negativa com significância estatística ($p\leq 0,05$) em todos os domínios da EQVE-AVE, exceto visão ($p>0,05$), evidenciando-se uma correlação negativa forte entre o domínio personalidade ($r=-0,708$) e o estresse percebido. Tais resultados constatarem que, quanto menor o estresse percebido das pessoas com sequelas de AVE, maior a sua QVRS, com destaque para os aspectos relacionados à personalidade (Tabela 21).

Tabela 21 – Correlação da qualidade de vida relacionada à saúde com a capacidade funcional e estresse percebido de pessoas com sequelas de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=160)

Domínios	Capacidade funcional		Estresse percebido	
	r	Valor p*	r	Valor p*
Humor	0,465	<0,001	-0,462	<0,001
Personalidade	0,291	<0,001	-0,708	<0,001
Autocuidado	0,769	<0,001	-0,297	<0,001
Papeis sociais	0,443	<0,001	-0,403	<0,001
Memoria	0,368	<0,001	-0,238	0,002
Funções da extremidade superior	0,627	<0,001	-0,256	<0,001
Visão	0,218	0,006	-0,091	0,254
Trabalho/produktividade	0,620	<0,001	-0,213	0,007
Energia	0,409	<0,001	-0,556	<0,001
Linguagem	0,433	<0,001	-0,217	0,006
Papeis familiares	0,489	<0,001	-0,280	<0,001
Mobilidade	0,752	<0,001	-0,304	<0,001
EQVE-AVE	0,705	<0,001	-0,436	<0,001

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. *Teste de Correlação de Spearman

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas com sequela acidente vascular encefálico

Na caracterização sociodemográfica, mais da metade dos participantes era do sexo masculino, o que corrobora com dados do DATASUS (2016), em que a maioria das vítimas de AVE no Brasil são homens (51,72%). No âmbito internacional essa realidade é semelhante, um estudo transversal realizado com sobreviventes de AVE atendidos por um serviço de fisioterapia na Nigéria, demonstrou que 59,0% eram do sexo masculino (ONABAJÓ et al., 2015) e em um Centro Hospitalar de Portugal, esse percentual foi de 69,1% (SILVA et al., 2016).

A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares nos homens é cerca de 50% maior do que na população feminina. Após os 55 anos, a incidência de AVE duplica a cada década de vida, sendo os homens os mais acometidos, com 19% a mais de chance que as mulheres (BRITO et al., 2013). O sexo masculino é mais vulnerável a esses agravos em decorrência da baixa adesão a um estilo de vida saudável e da busca tardia por serviços de saúde, o que dificulta o monitoramento dos fatores de risco e o cuidado à saúde (BRITO et al., 2013; RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

A média de idade dos participantes foi de 65,84 anos, demonstrando predomínio de idosos. A ocorrência de DCV manifesta-se com maior frequência entre as pessoas idosas, o que pode ser justificado pela tendência biológica para essas morbidades, inerente a essa população (ARAÚJO et al., 2015; VAMSI, et al; 2018). Outros estudos realizados com indivíduos acometidos de AVE identificaram que essa morbidade exibe maior percentual em pessoas com idade avançada (LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016).

Em contrapartida, vale salientar que na última década ocorreu um aumento da incidência de casos de AVE entre adultos com menos de 55 anos (TIBAEK et al., 2016; CORREIA et al., 2018). Um artigo de revisão, realizado por pesquisadores de Portugal, apontou a enxaqueca, o uso de contraceptivos orais, o consumo de drogas, a gravidez e o puerpério como exemplos de fatores de risco associados ao AVE nos jovens. Os riscos vasculares tradicionais como hipertensão, dislipidemia e tabagismo também desenvolvem papel cada vez mais importante na fisiopatologia do AVE nesse público, especialmente em homens e a partir dos 35 anos (CORREIA et al., 2018).

Quanto à situação conjugal, predominou os casados, corroborando a maioria dos estudos (ONABAJA et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016). Dependendo do impacto negativo do AVE no cotidiano dos sobreviventes, a presença de um companheiro e familiares é essencial para o processo de reabilitação, haja vista que as sequelas dessa morbidade podem causar comprometimento neurológico e incapacidades, o que demanda suporte de terceiros para as AVDs (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017). Na maioria dos estudos, esse apoio é fornecido pelo cônjuge (LIMA et al., 2014; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; COSTA et al., 2016; DUTRA et al., 2017).

Foi observado um número elevado de indivíduos que referiram uma crença, predominando o catolicismo. A religião/espiritualidade faz parte do conceito de saúde, sendo apontada como uma estratégia de enfrentamento para as situações críticas da vida, além de fonte de apoio que pode aumentar o propósito e significado da existência humana, favorecendo a adaptação frente às situações adversas como doenças físicas, sofrimento psíquico e questões sociais (ROCHA; CIOSEK, 2014; SANTOS; ABDALA, 2014; MELO et al., 2015; INOUE; VECINA, 2017).

Em relação a escolaridade verificou-se predomínio de um a quatro anos de estudo. Este dado é frequente acerca do perfil das pessoas acometidas por AVE (ONABAJA et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016; DUTRA et al., 2017). A ausência de escolaridade ou presença de poucos anos de estudo, quando associada a fatores socioeconômicos e à limitação de informação, eleva a incidência do AVE. O baixo nível de instrução pode refletir em um reduzido rendimento econômico, escasso conhecimento sobre o processo saúde-doença e o tratamento, bem como menor prevenção da doença (SILVA et al., 2016).

Identificou-se um maior percentual de renda familiar e individual de um a três salários mínimos, essa última foi adquirida em maior frequência por aposentadoria. Dentre os fatores de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, destaca-se a renda (MARSHALL et al., 2015), que pode influenciar no acesso aos serviços de saúde, aquisição de medicamentos e realização de procedimentos de alta complexidade (YUSUF; RANGARAJAN; TEO, 2014).

Em análise longitudinal realizada por meio de bancos de dados públicos do Brasil, foi identificado que a desigualdade de renda esteve associada ao aumento da taxa de mortalidade por AVE (VINCENS; STAFSTROM, 2015). Uma investigação desenvolvida no Reino Unido e nos

Estados Unidos da América, os sobreviventes de AVE com baixa condição socioeconômica foram mais propensos a ter pior prognóstico, com taxas mais elevadas de deficiências e de comprometimento cognitivo, quando comparados aos pacientes com renda alta (MARSHALL et al., 2015). Essas descobertas enfatizam que a renda é um determinante de saúde relacionado ao AVE.

Sobre os hábitos de vida, um elevado percentual dos participantes referiram não consumir bebida alcoólica e cigarro, o que caracteriza uma medida preventiva para novos episódios de AVE, haja vista que o etilismo e o tabagismo estão entre os fatores de risco modificáveis para essa morbidade. Uma revisão sistemática com metanálise, realizada em base de dados da PUBMED, identificou que o consumo leve e moderado de álcool esteve associado ao AVE isquêmico, enquanto o consumo excessivo de álcool teve relação com o aumento do risco de todos os tipos de AVE com uma associação mais forte para os hemorrágicos (LARSSON et al., 2016). Estudos afirmam que quanto maior o consumo de cigarros maior a chance de ocorrer um novo AVE (FALKSTEDT et al., 2016; MARKIDAN et al., 2018).

Em relação à realização de atividade física, a maioria dos entrevistados eram sedentários, o que pode resultar em prejuízos para o processo de reabilitação, considerando-se que a prática de atividade física se destaca entre os fatores que diminuem os malefícios das doenças crônicas, fazendo parte do tratamento de pessoas acometidas por essas morbidades, além de desempenhar importante papel em sua prevenção (CICHOCKI et al., 2017). 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 adesão a um estilo de vida saudável pode prevenir a ocorrência de um novo AVE, favorecer a reinserção social e auxiliar na manutenção da autonomia e da independência funcional (SAUNDERS; GREIG; MEAD, 2014; SIMÕES et al., 2017).

A maior parte dos entrevistados referiu uma percepção de saúde ruim ou nem ruim nem boa. A percepção da saúde é um indicador que deve ser levado em consideração pelos profissionais da saúde, uma vez que reflete como o indivíduo lida com o processo saúde-doença, além de fornecer indícios sobre o autocuidado, evitando complicações e beneficiando a gestão do cuidado (ARRUDA et al., 2015).

Uma pesquisa realizada no Paraná, com adultos acometidos por doenças cardiovasculares, identificou que a autopercepção de saúde ruim esteve associada ao AVE, com razão de chance de

4,18 para avaliarem a saúde como ruim em comparação as demais opções de resposta (ARRUDA et al., 2015). Em contrapartida, investigação realizada em Minas Gerais com pacientes após AVE, atendidos em Unidades Saúde da Família, demonstrou maior percentual da avaliação de saúde como razoável (47,2%) (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). Tal divergência pode ser justificada pelo fato da autopercepção de saúde sofrer influência das variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida, questões ambientais e sociais (ARRUDA et al., 2015; LARSEN et al., 2016; MAVADDAT et al., 2016).

O fator de risco mais frequente foi ter mais de 55 anos. A idade é considerada o principal fator de risco não modificável para o AVE (ARAÚJO et al., 2015; PEGO et al., 2016; FREITAS et al., 2018), uma vez que a incidência dessa morbidade aumenta em detrimento da longevidade, duplicando o risco a cada década, após os 55 anos (DEMAERSCHALK et al., 2016; FREITAS et al., 2018). Diversos aspectos biológicos podem estar relacionados ao maior risco de AVE com o avançar da idade, a progressiva estenose das artérias carótidas, o aumento dos casos de arritmia cardíaca e outras alterações cardíacas, a menor resposta à estimulação dos receptores beta-adrenérgicos e o funcionamento inadequado dos barorreceptores (MESCHIA et al., 2014).

Embora não seja possível uma abordagem direta aos fatores não modificáveis, a sua detecção é justificável, haja vista que a sua presença associada a fatores modificáveis intensifica o risco de sofrer um AVE (FREITAS et al., 2018).

No presente estudo, a HAS destacou-se entre os fatores de risco modificáveis. A literatura aponta que essa morbidade eleva o risco de AVE em três a quatro vezes e o controle adequado dos níveis pressóricos reduz essa chance significativamente (FREITAS et al., 2018). Valores da pressão arterial sistólica e diastólica maiores que 120 mmHg e 80 mmHg, respectivamente, estão relacionadas à um maior risco de AVE, principalmente nos indivíduos que são mais vulneráveis, como os idosos e pessoas com diabetes mellitus (MESCHIA et al., 2014).

Os fatores de risco modificáveis devem ser conhecidos e tratados, a fim de prevenir a ocorrência do AVE. As ações profiláticas reduzem os custos com reabilitações e hospitalizações, devem ser desempenhadas pelos profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, de todos os níveis de atenção, com maior ênfase na Atenção Básica e no acompanhamento de indivíduos que tiveram um AVE prévio. Dessa forma, a longo prazo pode ocorrer a redução dos riscos de um novo episódio e do comprometimento por outras morbidades (BRASIL, 2013a).

Em relação à quantidade de episódios de AVE, observou-se que a maioria dos

entrevistados sofreu apenas um, predominando o tipo isquêmico, o que corrobora com outros estudos realizados a nível domiciliar no município de Rieirão Preto-SP (CANUTO, NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Fortaleza-CE (ARAÚJO et al., 2015). Dentre os participantes, o último AVE ocorreu há mais de um ano, caracterizando as sequelas como crônicas, uma vez que a fase aguda corresponde aos seis primeiros meses (COSTA et al., 2016).

As vítimas de AVE podem apresentar sequelas em consequência do evento, essas complicações geralmente estão relacionadas ao déficit sensório-motor, às limitações de AVDs, à comunicação prejudicada, déficit cognitivo e aos distúrbios do humor (BRASIL, 2013a). No presente estudo, predominou a alteração motora e a fraqueza muscular, assemelhando-se a outras pesquisas realizadas em Mafra-SC (CROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015), Ribeirão Preto-SP (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Belo Horizonte-MG (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016).

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVE requerem acompanhamento por serviços de reabilitação. Nesta pesquisa, uma grande quantidade de entrevistados referiram fazer ou ter feito tratamento para reabilitar as sequelas, com predomínio para a fisioterapia. As pessoas com alterações sensório-motoras geralmente são encaminhadas para um fisioterapeuta, no intuito de reverter as limitações e/ou amenizar as incapacidades existentes, favorecendo o retorno dos pacientes à sua rotina anterior ao evento (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

Vale salientar que o processo de reabilitação deve se iniciar na fase aguda, em ambiente hospitalar, e se estender aos demais níveis de serviços de saúde, mediante a prestação de cuidados por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2013b), com o objetivo garantir assistência integrada e contínua, conforme preconizado, desde 2012, pela Portaria MS/GM nº 665 do Ministério da Saúde, que aprovou a Linha de Cuidados em AVE no Brasil (BRASIL, 2012).

Esse processo de reabilitação ultrapassa a terapêutica ofertada pelos serviços de saúde, de acordo com a severidade da sequela a pessoa necessitará de cuidados frequentes, o que requer o suporte de terceiros, que pode ser um profissional, chamado de cuidador formal, ou um cuidador informal, que presta cuidado sem remuneração (ARAÚJO, 2014). Entre os participantes, predominou a presença de cuidador, destacando-se o tipo informal, representado pelo cônjuge, o que corrobora com investigações nacionais e internacionais que traçaram o perfil dos cuidadores de pessoas que sofreram AVE (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; OLAI; BORGQUIST; SVÄRDSUDD, 2015; HAN et al., 2017; ARAÚJO et al., 2018).

Os cuidadores informais geralmente são membros da família, como cônjuges, filhos, familiares próximos, vizinhos e amigos, que residem ou não com o paciente (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014). Na maioria dos casos, apenas um membro assume o papel de cuidar, predominando o cônjuge como o cuidador principal, os filhos assumem essa tarefa quando o companheiro é falecido ou quando apresenta limitações para essa função (HAN et al., 2017).

A ausência de apoio nas atividades do cuidar e outros fatores como a falta de conhecimento e de informações para o cuidado, morar com o sobrevivente, a complexidade das tarefas desempenhadas, a incapacidade funcional do doente e as mudanças sociais e profissionais decorrentes desse papel, podem sobrecarregar o cuidador (COSTA et al., 2015; HAN et al., 2017; PUCCIARELLI et al., 2017; DUNBAR et al., 2018). Em pesquisa realizada no município de João Pessoa-PB, foi evidenciada uma alta taxa de sobrecarga (77,2%) entre os cuidadores de pacientes com sequelas de AVE (COSTA et al., 2015), essa condição torna o cuidador mais vulnerável ao adoecimento físico e psíquico (BYUN; EVANS, 2015) o que, conseqüentemente, reflete na qualidade da prestação de cuidado.

Diante disso, imprescindível ofertar suporte aos cuidadores. Assim, os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, durante o período de hospitalização, devem fornecer orientações sobre a patologia, o tratamento e os cuidados no domicílio (OLIVEIRA et al., 2017). Na atenção primária e secundária, o acompanhamento contínuo deve ser voltado para o indivíduo acometido e sua família. Além das ações de reabilitação, também é fundamental o desenvolvimento de estratégias que reduzam o impacto negativo do cuidar sobre a QV do cuidador (COSTA et al., 2015).

6.2 Capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

Na avaliação da capacidade funcional, identificou-se que a maioria apresentou algum grau de dependência para a realização das AVDs, com predomínio para dependência moderada e maior comprometimento para subir escadas e caminhar. Estudo realizado com pessoas vítimas de AVE, acompanhadas por um serviço de reabilitação no Piauí, observou que 94,2% classificaram-se com algum grau de dependência (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Em pesquisa desenvolvida com idosos acometidos por AVE, adscritos às unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da Paraíba, verificou por meio da aplicação do Índice de Barthel que 83,9%

apresentaram dependência funcional, com maior limitação para as atividades de micção (73,8%) e evacuação (66,9%) (DUTRA et al., 2017).

A incapacidade funcional caracteriza-se como um processo dinâmico e progressivo, que está relacionada às limitações físicas e mentais, comprometendo a autonomia e a independência para a realização de atividades rotineiras (HINKLE; CHEEVER, 2016). Estudos apontam que o comprometimento funcional nesse público repercute na vida do sobrevivente, com consequências no retorno ao trabalho, presença de sentimentos de inutilidade, tristeza, desmotivação, depressão e ideação suicida (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016). Os prejuízos funcionais das pessoas que sofreram AVE decorrem das sequelas desse evento (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016) e podem estar associadas a fatores sociodemográficos e de saúde (DUTRA et al., 2017).

No presente estudo, a capacidade funcional associou-se estatisticamente com as variáveis sociodemográficas faixa etária e fonte de renda. Os indivíduos com mais de 60 anos apresentaram um maior comprometimento funcional. Estudo realizado em Vitória-ES, em pessoas acometidas de AVE, demonstrou maior dependência funcional nos sobreviventes com idade avançada (CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2015). Além do comprometimento decorrente do AVE que predispõe a incapacidades, os idosos são mais vulneráveis às limitações funcionais, em decorrência do processo de envelhecimento. O avanço da idade eleva a probabilidade de dependência funcional, isto porque a capacidade de desenvolver uma atividade engloba a integração da função biológica, psicológica e social, que com o aumento da idade, gradativamente entram em declínio (BARBOSA et al., 2014; FLON et al., 2015).

Os participantes do estudo que desenvolvem atividade remunerada apresentaram maior capacidade funcional. A autonomia e independência funcional restabelecida em pessoas vítimas de AVE favorece a reintegração no ambiente de trabalho (PONTE; FEDOSSE, 2016; TRAD; PEDEIRA; BAPTISTA, 2017). Um estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul, com pessoas que possuíam lesão encefálica adquirida decorrente de AVE, evidenciou uma correlação significativa entre a atividade remunerada com o domínio físico do WHOQOL-BREF, mostrando que quanto menor o comprometimento físico, maior a capacidade para o trabalho (PONTE; FEDOSSE, 2016).

Entre as variáveis de hábitos de vida, a capacidade funcional relacionou-se estatisticamente à prática de atividade física, destacando-se uma maior média entre os não sedentários. A prática regular de atividade física beneficia a capacidade funcional das vítimas de

AVE (LIMA; CARDOSO, 2014; SAUNDERS; GREIG; MEAD, 2014; CICHOCKI et al., 2017). Os programas de exercícios físicos contínuos após o AVE são recomendados e podem melhorar a condição física geral, a velocidade da caminhada, o equilíbrio e as incapacidades nessa população (SAUDERS; CREIG, MEAD, 2014).

Em relação ao estado de saúde autorreferido, os participantes que avaliaram a saúde como boa apresentaram maior média na capacidade funcional. Estudos sobre a autoavaliação de saúde em indivíduos acometidos por AVE são escassos (ARAÚJO, 2018). Pesquisa realizada no Reino Unido, que teve como objetivo identificar os determinantes da autoavaliação da saúde em indivíduos idosos com ou sem histórico de AVE, evidenciou que a incapacidade para a realização das AVDs esteve associada com a baixa percepção da saúde em ambos os grupos, demonstrando que a funcionalidade afeta a percepção da saúde independente do AVE (MAVADDAT et al., 2013).

Sobre os tipos de sequelas, verificou-se significância estatística entre a capacidade funcional com a alteração motora e a fraqueza muscular. O comprometimento motor e muscular após o AVE provoca restrições na mobilidade, consequentemente, dificulta a realização das ABVDs como o banho, o controle do intestino e bexiga, o vestuário, a alimentação, a caminhada, o uso do vaso sanitário e a higiene pessoal. Além de elevar a vulnerabilidade à deterioração do equilíbrio e o risco de quedas (CARO; COSTA; CRUZ, 2018).

As sequelas advindas do AVE comprometem a capacidade funcional do sobrevivente, culminando na dependência de terceiros para as AVDs (PELICIONI et al., 2016; DUTRA et al., 2017). No presente estudo, a presença de cuidador relacionou-se estatisticamente à funcionalidade dos participantes, evidenciando elevada dependência entre os indivíduos que referiram possuir cuidador. Quanto mais dependente for o sobrevivente de AVE maior a sua necessidade de cuidados de terceiros (COSTA et al., 2016; PELICIONI et al., 2016).

Diante do exposto, a capacidade funcional e os fatores relacionados devem ser identificados e avaliados periodicamente nas pessoas com sequelas de AVE, buscando classificar o grau de funcionalidade e identificar os aspectos que potencializam o seu comprometimento. Essa avaliação e monitoramento contribuem para o processo de reabilitação, uma vez que há incapacidades que podem ser amenizadas ou eliminadas (MORONE; PAOLUCCI; IOSA, 2015).

Um estudo realizado em um hospital de reabilitação na Itália avaliou as AVDs de pacientes na fase subaguda do AVE, no ato da admissão e durante a alta, com o objetivo de

investigar melhorias decorrentes do tratamento. Após as intervenções multiprofissionais que duraram cerca de três meses, foram identificados benefícios em todas as AVDs avaliadas pelo Índice de Barthel, demonstrando probabilidade acima de 60% de tornar os pacientes independentes nas funções relacionadas ao intestino, bexiga, transferência e caminhada (MORONE; PAOLUCCI; IOSA, 2015).

Uma pesquisa semelhante foi desenvolvida no Brasil, em um hospital do Mato Grosso do Sul, em que após processo de reabilitação, evidenciou mudanças positivas no perfil de funcionalidade dos pacientes acometidos por AVE, passando de dependência total para leve (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016). Esses estudos evidenciam que o comprometimento funcional pode ser revertido por meio da execução de um plano de cuidados sistêmico e individual, executado por uma equipe multiprofissional (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016; MORONE; PAOLUCCI; IOSA, 2015).

Vale salientar que, apesar dos benefícios alcançados por meio das terapêuticas de reabilitação, uma parcela dos pacientes permanece com algum grau de dependência, o que, geralmente, implica na necessidade de ajuda de terceiros para a realização das AVDs e para a assistência dos serviços de saúde em nível primário e secundário. Nesse processo de transição, o enfermeiro da ESF deve auxiliar a vítima e seus familiares durante a adaptação à nova condição, além de elaborar um plano de cuidados, considerando os aspectos biológicos e psicossociais, com foco na prevenção de agravos e na reabilitação das incapacidades (FARIA et al., 2017).

No processo de reabilitação, os profissionais da saúde devem monitorar a funcionalidade das vítimas de AVE, a fim de nortear as intervenções. Para tal, é fundamental a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que se caracteriza como um modelo multidimensional, que ultrapassa o foco da doença e abrange também dimensões da saúde: biológica, individual e social, priorizando a funcionalidade como componente da saúde de pessoas com incapacidades (OMS, 2003). Essa classificação fornece diretrizes para a identificação do perfil funcional de cada paciente, otimizando a implementação de abordagens adequadas e de estratégias para a tomada de decisão clínica, além de favorecer o registro e a avaliação dos resultados de forma sistematizada, e o diálogo com os demais profissionais (RIBEIRO et al., 2016).

Embora a CIF seja de suma importância para a classificação da funcionalidade após uma lesão ou doença, ela não substitui os instrumentos clássicos de avaliação voltados para

morbidades específicas (GUERRA et al., 2017) como no AVE, destaca-se o Índice de Barthel, a Escala modificada de Rankin e a Medida de Independência Funcional (MIF) (GADELHA; RIBEIRO, 2015). Com vistas a auxiliar o enfermeiro e os demais profissionais no seu processo de trabalho, a utilização de escalas confiáveis e da CIF subsidiam o planejamento de intervenções necessárias que possam favorecer a reabilitação dos sobreviventes de AVE, inclusive no contexto do cuidado domiciliar.

6.3 Estresse percebido de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

O AVE pode causar repercussões físicas, cognitivas e comportamentais, que provocam desafios repentinos à vida das vítimas, como mudanças na imagem corporal, conflitos existenciais, perda de papéis sociais, comprometimento funcional e novas rotinas (SIMEONE et al., 2015). Estas alterações, quando não enfrentadas positivamente, geram estresse e prejuízos no bem-estar dos sobreviventes (SANTOS et al., 2015).

Neste estudo, o estresse percebido foi alto. Uma investigação realizada nos EUA, que teve como objetivo examinar a relação entre o estresse percebido, a depressão e o comprometimento neurológico em pessoas residentes na comunidade vítimas de AVE, verificou resultado convergente, com média de estresse de 22,23 ($\pm 9,50$) (LAURES-GORE; DEFIFE, 2013). Em contrapartida, pesquisa desenvolvida com sobrevivente de AVE, atendidos em um hospital de Ribeirão Preto-SP, identificou menor estresse percebido (14,4; $\pm 8,5$) (SANTOS et al., 2015).

O nível de estresse mais elevado na presente pesquisa pode decorrer da baixa prevalência em tratamento de reabilitação. No Brasil, embora seja crescente no SUS a disponibilidade de profissionais e serviços voltados à reabilitação, o acesso ao atendimento ainda é escasso e desigual (RODES et al., 2017), o que pode gerar estresse e insegurança em relação ao prognóstico, haja vista que o ideal é iniciar a reabilitação imediatamente após o evento (SANTOS et al., 2017).

Outros estudos também identificaram escore médio inferior na avaliação do estresse percebido. Uma pesquisa realizada no Texas com 97 sobreviventes de AVE, após a alta de um hospital de reabilitação, demonstrou média na EEP-10 de 14,33 ($\pm 7,73$) (OSTWALD; SWANK; KHAN, 2008). Ostwald et al. (2009), com objetivo de avaliar o estresse percebido em vítimas de AVE após a alta hospitalar da reabilitação, encontraram média de 12,27 ($\pm 7,46$). Esses resultados

podem ser justificados pela internação desses sobreviventes em centros de reabilitação antes do retorno para casa, o que diverge da realidade no presente estudo.

O elevado nível de estresse neste estudo também poderia estar relacionado à presença de sequelas em todos os participantes, e, ao elevado comprometimento funcional. Uma pesquisa longitudinal, realizada em Brasília, com o objetivo de analisar as mudanças no estresse psicológico e identificar seus preditores entre idosos que sofreram AVE, identificou a redução do estresse percebido à medida que diminuiu a dependência funcional nos sobreviventes (SANTOS et al., 2017), assemelhando-se a achados de outras pesquisas realizadas em Ribeirão Preto-SP (SANTOS et al., 2015) e no TEXAS (OSTWALD et al., 2009).

O AVE, bem como outros agravos crônicos, costuma gerar estresse devido à dependência funcional e às repercussões emocionais. Durante o retorno para casa, os sobreviventes são confrontados com a sua antiga rotina e percebem as limitações atuais decorrentes das sequelas, é nesse momento que ocorre a transição do cuidado hospitalar para o processo de cuidado no domicílio (FARIA et al, 2017), o que se configura como um momento crítico, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante, uma vez que representa ameaça ao mecanismo adaptativo (SANTOS et al, 2015).

Dentre os fatores associados ao estresse, destacaram-se a fraqueza muscular e o distúrbio de humor. Os indivíduos que referiram essas sequelas apresentaram níveis mais elevados de estresse. A produção científica aponta que a fraqueza muscular influencia na realização das AVDs, comprometendo a capacidade funcional dos sobreviventes. Estudos evidenciam dependência funcional como um fator associado ao aumento do estresse (OSTWALD et al., 2009; SANTOS et al., 2015; SANTOS et al., 2017). Em relação ao distúrbio do humor, um estudo realizado no Texas com sobreviventes de AVE verificou a depressão e as emoções negativas como fatores associados a níveis elevados de estresse (OSTWALD; SWANK; KHAN, 2008). Uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP também verificou relação entre a depressão e o estresse nos sobreviventes do AVE (SANTOS et al., 2015).

A presença de cuidador foi outro aspecto associado à elevada média de estresse. Resultado semelhante foi identificado em estudo transversal (SANTOS et al., 2015) e longitudinal (SANTOS et al., 2017). Tal resultado pode ser justificado pelo comportamento superprotetor comum entre os cuidadores, na intenção de evitar desgastes para o sobrevivente, pode limitar a sua autonomia e autocuidado, provocando um sentimento de impotência e

frustração frente às limitações do dia a dia, gerando estresse, afetando a autoestima e a QV das pessoas acometidas por AVE (PEDROSO; SOUZA; TEIXEIRA, 2014).

Na avaliação individual dos itens da EEP-10, observou-se um maior comprometimento relacionado ao Sentimento de incapacidade para controlar coisas importantes, o que pode estar relacionado à presença de cuidador, referida pela maioria dos participantes. Estudo realizado com brasileiros identificou associação estatística significativa entre possuir cuidador e o estresse, demonstrando que a vítima de AVE com cuidador apresentou escore médio de estresse mais elevado (SANTOS et al., 2017). Outros aspectos que podem justificar o comprometimento nesse item é a presença de limitações impostas pelas sequelas e o comprometimento funcional, haja vista que podem refletir na independência e na autonomia das vítimas de AVE (FARIA et al., 2017).

A Preocupação com algo que aconteceu inesperadamente foi outro item que demonstrou elevado nível de estresse. O AVE se caracteriza como uma morbidade de início súbito, em que a vítima repentinamente transita para um quadro de adoecimento, no qual se instala uma nova rotina de adaptações, causando exacerbada preocupação e incerteza com o futuro (FARIA et al., 2017). A comparação entre a situação atual com a antecedente ao AVE é bastante comum entre os sobreviventes, a percepção de mudança na rotina e a incapacidade de executar atividades antes corriqueiras, pode acarretar um sentimento de impotência e provocar estresse (SILVA et al., 2017).

As alterações causadas pelo AVE são capazes de gerar estresse em indivíduos que não conseguem desenvolver mecanismos de enfrentamento positivo. Perdurando por período prolongado, o estresse repercute sobre os aspectos físicos, sociais e emocionais dos indivíduos, o que pode contribuir para o desenvolvimento de novas doenças (HAMER; STEPTOE, 2012). Estudo longitudinal realizado nos EUA com adultos e idosos, identificou que os níveis elevados de estresse aumentam o risco de AVE, sendo considerado como um fator de risco para novos episódios (EVERSON-ROSE et al., 2015).

Nesse contexto, o enfermeiro deve da alta hospitalar ao domicílio, incluir no plano de cuidados estratégias que favoreçam o processo adaptativo frente às mudanças decorrentes do AVE, como capacitar a vítima e familiares para o autocuidado; estimular a independência, sem substituir a pessoa nas atividades em que é autônoma; orientar na adaptação do domicílio, removendo as barreiras arquitetônicas; e facilitar a reintegração na comunidade (LANDEIRO;

MARTINS; PERES, 2016).

O nível de estresse e seus fatores associados devem ser rastreados e monitorados continuamente. Sugere-se que os seus preditores sejam precocemente identificados e tratados, a fim de impedir ou reduzir o estresse psicológico, assim como favorecer a reabilitação e reintegração dos sobreviventes à sociedade (SANTOS et al., 2015).

6.4 Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

A QV é uma medida de bem-estar geral e atualmente tem sido foco de estudos em diversas áreas do conhecimento. Na saúde, destacam-se pesquisas que investigam a QVRS de pessoas acometidas por doenças crônicas, como o AVE. A sua avaliação auxilia a traçar um perfil multidimensional relacionado à saúde dos pacientes, direcionando o processo de reabilitação e consequentemente, contribuindo para melhorias na qualidade da assistência (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016).

Na avaliação da QVRS após o AVE, os participantes apresentaram pontuação baixa. Uma pesquisa realizada em um centro de reabilitação no Piauí, com 104 pessoas com sequelas de AVE, demonstrou um achado semelhante ($146,80 \pm 36,3$) (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016). A baixa QVRS no presente estudo pode ser justificada por todos os participantes apresentarem sequelas e comprometimento funcional. As vítimas de AVE geralmente têm a sua funcionalidade limitada, repercutindo negativamente em vários fatores da QVRS como o social, o emocional, o físico e o ocupacional (CRUZ-CRUZ et al., 2013; CHOU, 2015).

Estudos relacionados à QVRS de pacientes com AVE evidenciaram a dependência funcional como o principal determinante para uma baixa QVRS (TANG et al., 2013; KIM; KIM; KIM, 2014; CHOU, 2015). Pesquisa realizada na China com sobreviventes de AVE demonstrou correlação estatística positiva entre o escore do Índice de Barthel e a EQVE-AVE, apontando que, quanto menor a capacidade funcional, menor a QVRS pós AVE (TANG et al., 2013).

Dentre os fatores associados à QVRS, a prática de atividade física relacionou-se estatisticamente com níveis mais elevados. Uma revisão de literatura demonstrou os benefícios do exercício físico para a reabilitação do AVE, evidenciando repercussões favoráveis. Independente do tipo de atividade física, uma vida ativa, gera melhoras neurofisiológicas no

sistema motor, proporcionando ganhos orgânicos, independência funcional e interação social, o que reflete positivamente na QVRS das pessoas com sequelas de AVE (LIMA; CARDOSO, 2014).

Os participantes do estudo com mais de um ano de acometimento do último AVE evidenciaram maior média de QVRS. Estudos também apontam uma maior recuperação das sequelas do AVE nos três primeiros meses após o evento (MOREIRA et al., 2015; MOURAI; CASULARI, 2015). Na fase crônica, após seis meses, alguns indivíduos podem desenvolver mecanismos de adaptação e estratégias compensatórias para manter o bem-estar e evitar situações ameaçadoras (COSTA et al., 2016). Uma pesquisa longitudinal realizada na Paraíba verificou que 30,3% dos sobreviventes que receberam alta por AVE apresentaram baixa QVRS nos três primeiros meses, sendo essa proporção reduzida para 17,9% acima do sexto mês após a alta hospitalar, demonstrando melhores níveis de QVRS na fase crônica (MOREIRA et al., 2015).

A alteração motora e a fraqueza muscular repercutiram negativamente sobre a QVRS dos participantes do estudo. Essas sequelas comprometem a mobilidade, gerando restrições na participação social, impactos emocionais em decorrência da sensação de perda, diminuição da autoestima, mudanças na rotina e estresse, o que justifica a associação estatística com níveis baixos da QVRS (CARO; COSTA; CRUZ, 2018). A funcionalidade é um dos domínios determinantes da QVRS, assim, a utilização de mecanismos para melhorar a função física e a mobilidade é uma estratégia útil, que contribui positivamente para a vida das pessoas após AVE (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; KHALID et al., 2016).

O distúrbio de humor foi outra sequela que apresentou relação com a baixa QVRS. A depressão é o transtorno de humor mais presente entre os sobreviventes de AVE (SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016). Um estudo longitudinal realizado na Holanda, verificou correlação estatística entre a presença de depressão e os domínios da QVRS, sendo identificado que pessoas após AVE com maior escore de depressão apresentaram menor QVRS (VISSER et al., 2014), assemelhando-se a outros estudos (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; KHALID et al., 2016).

A existência de um cuidador foi outro aspecto associado à menor média da QVRS. Uma pesquisa longitudinal realizada na Paraíba, demonstrou que os participantes dependentes de cuidadores para as AVD's apresentam pior QVRS na avaliação por meio da EQVE-AVE (MOREIRA et al., 2015), corroborando outro estudo (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Tal achado pode ser justificado pelo fato de as pessoas que precisam de cuidadores apresentarem maior dependência funcional, o que interfere na QVRS (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; MOREIRA et al., 2015).

Na avaliação dos domínios da QVRS, os mais afetados foram papéis sociais e papéis familiares, convergindo com estudos nacionais e internacionais (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; CHOU, 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016). O domínio papéis sociais diz respeito ao lazer, socialização com os amigos, relações sexuais e interferência da condição física na vida social. Já o domínio papéis familiares engloba questões referentes à diversão com a família, sensação de ser um peso para os familiares e a influência da condição física na vida pessoal (LIMA et al., 2008). Estas atividades apresentaram-se comprometidas entre os participantes desta pesquisa. Tal achado pode ser justificado pelo predomínio de idosos na amostra e elevado prejuízo funcional, haja vista que, a pessoa idosa tende mais ao isolamento (AZEREDO; AFONSO, 2016) e a incapacidade funcional pode culminar em limitações para as atividades sociais (SILVA et al., 2015).

As sequelas advindas do AVE geralmente são incapacitantes e prejudicam ou impossibilitam o retorno da vítima às suas atividades sociais, como trabalho, lazer com familiares e socialização com amigos. Ademais, pesquisas demonstram a elevada prevalência de depressão pós AVE, com maior frequência entre os idosos (SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016; DAS; RAJANIKANT, 2018), um fator que pode justificar o prejuízo destes domínios.

Estudo realizado em Hong Kong com 373 sobreviventes de AVE identificou uma correlação estatística inversamente proporcional entre os domínios papéis sociais e papéis familiares com as variáveis idade e capacidade funcional, sendo observado que quanto maior a idade e o comprometimento funcional, menor serão as médias destes domínios, evidenciando a influência dessas variáveis sob esses aspectos da QVRS (TANG et al., 2013).

O domínio visão apresentou maior média na avaliação da QVRS, avaliando aspectos como acuidade ao assistir televisão, dificuldade para alcançar objetos e comprometimento na visão lateral (LIMA et al., 2008). Estas atividades também foram julgadas positivamente em outros estudos (CHOU, 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016). Na presente pesquisa, apesar desse resultado positivo, vale salientar que cerca de 30% das vítimas de AVE apresentam algum tipo de problema visual, tornando-se imprescindível que os profissionais da saúde

investiguem este dano em seus atendimentos, para realizar o encaminhamento ao profissional adequado (FAIETA; PAGE, 2016).

O domínio memória também apresentou resultado positivo, esse domínio investiga questões pertinentes ao déficit de atenção, à dificuldade para lembrar-se das coisas e às funções da memória (LIMA et al., 2008). Estas atividades fazem parte dos componentes da cognição do indivíduo (CUMMING et al., 2015), no presente estudo por meio do MEEM, os participantes com sinais de déficit cognitivo foram excluídos, o que poderia explicar o elevado resultado neste domínio.

A investigação da QVRS específica e seus fatores associados deve ser realizada continuamente pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde que acompanham as vítimas AVE. Todos os domínios da EQVE-AVE são essenciais para o bem-estar dos sobreviventes e quando comprometidos, afetam a capacidade de realizar atividades e restringem a participação em tarefas diárias, incluindo tarefas pessoais, sociais e relacionadas ao trabalho.

6.5 Correlação da capacidade funcional e do estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico

Neste estudo, a capacidade funcional foi identificada com um forte fator correlacionado à QVRS, demonstrando que quanto mais independente funcionalmente for a pessoa com sequela de AVE, maior a sua QVRS. A investigação da capacidade funcional por meio das AVDs é apontada como um dos principais critérios para avaliar a QVRS nas vítimas de AVE (KIM; KIM; KIM, 2014).

Pesquisas nacionais e internacionais, que investigaram a QVRS nesse público, evidenciaram a capacidade funcional como um dos principais determinantes para a QVRS (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; KIM; KIM; KIM, 2014; LIMA et al., 2018). Um estudo realizado em dois serviços de reabilitação para AVE no Ceará verificou uma menor QVRS entre os pacientes com pior estado funcional (LIMA et al, 2018).

Uma investigação transversal realizada na República da Coreia, que buscou relacionar as AVDs e a QVRS de pacientes com AVE crônico residentes na comunidade, identificou mediante análise de regressão múltipla, que a capacidade funcional apresentou alta correlação com o escore

total da EQVE-AVE, ou seja, quanto mais independente for a vida diária do sobrevivente, maior a QVRS (KIM; KIM; KIM, 2014).

A incapacidade funcional após o AVE ocorre devido às sequelas, que podem ser sensitivas, motoras e/ou cognitivas. Estes danos podem limitar de forma significativa o desempenho funcional do indivíduo, gerando alterações na rotina anterior ao evento, com consequências negativas sobre as atividades laborais, os relacionamentos, o humor, o lazer, os papéis sociais e familiares, impactando à QVRS das vítimas (COSTA et al, 2015; LIMA et al, 2017). Os sobreviventes de AVE com comprometimento funcional acentuado são mais dependentes dos cuidados de terceiros e têm menor QVRS (LIMA et al, 2017; KIM; KIM; KIM, 2014).

Quanto à relação entre os domínios da EQVE-AVE e a capacidade funcional, foi evidenciada forte relação entre o Índice de Barthel e os domínios autocuidado e mobilidade, corroborando com um inquérito desenvolvido em serviços de reabilitação de um município de Alagoas (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Já em pesquisa realizada com chineses, constatou-se correlação alta entre a independência funcional e os domínios autocuidado, mobilidade e funções da extremidade superior (TANG et al., 2013).

O domínio mobilidade refere-se às questões relacionadas ao equilíbrio, subir escadas, cansaço físico, dificuldade para andar, permanecer de pé e levantar da cadeira (LIMA et al., 2008). No entanto, o domínio autocuidado abrange aspectos voltados aos cuidados pessoais, como preparar comida, ajuda para comer, vestir-se, tomar banho e usar o vaso sanitário (LIMA et al., 2008). A eficácia na execução dessas atividades é influenciada diretamente pela capacidade funcional (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; TANG et al., 2013), ou seja, quanto mais independente for o indivíduo com sequelas de AVE, maior será QVRS nesses domínios.

A incapacidade funcional culmina em dificuldade ou necessidade de ajuda para executar tarefas básicas de vida diária, como: caminhar, transferência, subir escadas, alimentação, higiene pessoal, usar o banheiro, vestir-se e banho, entre outras (MINOSSO et al., 2010). Estas atividades rotineiras também fazem partes dos aspectos que compõem os domínios autocuidado e mobilidade da EQVE-AVE. Tal semelhança pode justicar a forte correlação estatística entre a capacidade funcional e os referidos domínios, identificada entre os participantes.

Outro fator correlacionado à QVRS em pessoas com sequelas de AVE foi o estresse percebido. Constatou-se uma correlação inversamente proporcional em que quanto menor o

estresse das pessoas com sequelas de AVE, maior a qualidade de vida relacionada à saúde. O estresse tem sido frequentemente investigado entre os cuidadores de vítimas de AVE (KHALID et al., 2016), contudo entre os próprios sobreviventes, as publicações são escassas, e na perspectiva da relação entre o estresse percebido com a QVRS de pessoas acometidas por AVE, não foi encontrado produção científica.

As repercussões negativas do AVE podem trazer diversos desafios inesperados à vida dos sobreviventes. Segundo a Teoria Transacional do Estresse e Coping (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), se o enfrentamento das adversidades for positivo, o estresse pode ser reduzido e até eliminado, se não, pode intensificar-se, gerando agravos. O enfrentamento desfavorável a eventos importantes como o AVE pode provocar nos sobreviventes a percepção de que sua vida é imprevisível, incontrolável e sobrecarregada (SANTOS et al., 2016), além de interferir na capacidade de lidar com o cotidiano, dificultar a reintegração na comunidade e contribuir para o desenvolvimento de doenças, como um novo AVE (BOOTH et al., 2015; EVERSON-ROSE et al., 2015), reverberando negativamente sobre a QVRS.

A fim de favorecer a adaptação frente às mudanças ocasionadas pelo AVE, é imprescindível que o enfermeiro intervenha junto ao sobrevivente e a sua família por meio de um plano de cuidados, incluindo ações como determinar o conhecimento e habilidade do paciente e do cuidador para fornecer orientações, ajudar os pacientes e familiares a identificar estratégias de enfrentamento às situações de estresse, auxiliar na identificação de sistemas de apoio disponíveis, conectar o paciente e a família aos recursos da comunidade, promover o máximo de independência e autocuidado, realizar avaliação do ambiente doméstico e recomendar adaptações na casa para promover autoconfiança física (BULECHEK et al. 2016).

Entre os domínios da EQVE-AVE, evidenciou-se, nesse, correlação forte e inversamente proporcional, entre a personalidade e o estresse. O domínio personalidade é composto por questões referente à irritabilidade, impaciência e mudança de personalidade (LIMA et al, 2008), configurando-se como comportamentos relacionados ao estresse. Nesta perspectiva, o estresse interfere significativamente sobre o domínio personalidade e à medida que o estresse aumenta, ocorre de forma proporcional uma redução da QVRS, de magnitude mais intensa nesse domínio em detrimento aos demais.

Assim, a QVRS pode sofrer influência de múltiplos fatores, como a incapacidade funcional e o estresse percebido. Os preditores da QVRS e os seus domínios afetados devem ser

identificados e tratados pela enfermagem, a fim de reduzir as repercussões negativas do AVE na sobrevivência das vítimas.

7 CONCLUSÕES

O AVE impacta negativamente a vida dos sobreviventes, acarretando repercussões físicas, cognitivas, emocionais e sociais na maioria dos indivíduos, o que requer dos serviços de saúde uma adequação direcionada à assistência integral, por meio do reconhecimento das necessidades individuais e coletivas desse segmento populacional. Para tanto, este estudo permitiu avaliar a capacidade funcional, o estresse percebido, a QVRS e fatores relacionados de pessoas com sequelas de AVE.

Os resultados apontaram dependência funcional moderada, estresse percebido elevado e baixa QVRS, com maior comprometimento nos domínios papéis sociais e papéis familiares. A QVRS correlacionou-se estatisticamente entre a capacidade funcional e o estresse percebido, demonstrando que a QVRS de pessoas com sequelas de AVE eleva-se à medida que a funcionalidade aumenta e o estresse diminui.

Foi identificado que a capacidade funcional relacionou-se estatisticamente com a faixa etária, a fonte de renda, a atividade física, o estado de saúde autorreferido, a fraqueza muscular, as limitações motoras e a presença de cuidador. O estresse percebido demonstrou relação estatística entre as variáveis fraqueza muscular, distúrbio de humor e presença de cuidador. Em contrapartida, a QVRS apresentou diferença estatisticamente significativa com a atividade física, o tempo do último AVE, as limitações motora, a fraqueza muscular, o distúrbio do humor e a presença de cuidador.

Estes achados são úteis, pois representam dados relevantes para reflexões acerca dos fatores que potencializam o impacto negativo do AVE na sobrevivência das vítimas. Ressalta-se a importância de considerar os resultados deste estudo em benefício desta população, utilizando-os como norte para o planejamento de intervenções biopsicossociais que possam intervir efetivamente nas incapacidades, no estresse percebido e nos domínios comprometidos da QVRS. Além de fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas e gestão em saúde, no sentido de favorecer o tratamento, o processo de reabilitação, a reinserção social e na melhoria da QVRS.

Aos profissionais que assistem as vítimas de AVE, em especial os enfermeiros da ESF por prestarem cuidado longitudinal, enfatiza-se a relevância da assistência pautada na integralidade. Para tal, sugere-se a elaboração de um plano de cuidados voltado às necessidades biológicas, psicossociais e espirituais do sobrevivente e seus familiares. Dentre as intervenções, são

imprescindíveis as ações de acompanhamento, prevenção de novos episódios e promoção de saúde, buscando identificar precocemente os agravos e controlar os fatores de risco para o AVE.

As limitações deste estudo referem-se ao delineamento transversal por não permitir a relação de causa e efeito entre as variáveis e a exclusão de pessoas com comorbidades neurológica, afasia, diminuição significativa da audição e deficits cognitivos o que impossibilita a generalização dos resultados. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, o que torna possível a investigação em longo prazo, para avaliar a capacidade funcional, o estresse percebido e a QVRS em cada fase no processo de reabilitação das sequelas do AVE.

REFERÊNCIAS

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. **Effects of stroke**. 2015. Available from: <http://www.strokeassociation.org>. Access on: 20 nov. 2018.

ANJOS, K.F.; BOERY, R.N.S.O.; PEREIRA, R. Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, sept. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300600&lng=en&nrm=iso. Access on: 16 de jan. de 2019.

ARAÚJO, O. *et al.* Training informal caregivers to care for older people after stroke: A quasi-experimental study. *J Adv Nurs. J Adv Nurs.*, [S.l.], v. 74, n. 9, p. 2196-2206, may 2018. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13714>. Access on: 12 de jan. de 2019.

ARAÚJO, E.F. **Determinantes da autopercepção de saúde de indivíduos pós acidente vascular cerebral usuários da atenção primária à saúde**. 2018. 76 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte, 2018.

ARAÚJO, A.R.C., *et al.* Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Cogitare Enferm.** [S.l.], v. 23, n.3, p. 581-588, jul. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/clean/Desktop/41037-162824-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 de jan. de 2019.

ARAÚJO, J. S. *et al.* O lado paralelo do cuidar desvelado pelas representações dos cuidadores de adoecidos após acidente vascular cerebral. **Rev Bras Cienc Saúde**. [S.l.], v. 18, n. 2. p. 109-114, 2014. Disponível: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/14105>. Acesso em: 10 de jan. de 2019.

ARRUDA, G.O. *et al.* Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, feb. 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100061&lng=en&nrm=iso. Access on: 10 de jan. de 2019.

AVEZUM, A. *et al.* Stroke in Latin America: Burden of Disease and Opportunities for Prevention. **Glob Heart**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 323-31, 2015. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211816014000180?via%3Dihub>. Access on: 20 jan. 2019.

AZEREDO, Z.A.S.; AFONSO, M.A.N. Loneliness from the perspective of the elderly. **Rev. bras. Geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 313-324, abr. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200313&lng=en&nrm=iso. Access on: 16 de janeiro de 2019.

BANG, J. S. *et al.* The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. **Int J Cardiol**, [S.l.], v. 170, n. 1, p. 49-53, 2013. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167-5273\(13\)01817-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167-5273(13)01817-2). Access on: 20 nov. 2018.

BARBOSA, B.R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803317&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

BOOTH, J. *et al.* Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. **BMC Neuro**, [S.l.], v. 15, n. 223, nov. 2015. Available from: <https://bmcnneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-015-0456-4>. Access on: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012**. Dispões sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

BULECHEK, M.G.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M.; WAGNER, C.M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

BYUN, E.; EVANS, L. K. Concept analysis of burden in caregivers of stroke survivors during the early poststroke period. **Clin Nurs Res**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 468-86, 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24913926>. Access on: 20 dez. 2018.

CAMPOS, T.F. *et al.* Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. **Arquivos Ciência E Saúde**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 28-33, jan-mar. 2014. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21\(1\)_\(Jan_Mar_2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21(1)_(Jan_Mar_2014).pdf). Acesso em: 04 fev. 2019.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 245-252, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0245.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CARO, C.C.; COSTA, J.D.; CRUZ, D.M.C. The use of mobility assistive devices and the functional independence in stroke patients. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 558-568, july. 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000300558&lng=en&nrm=iso. Access on: 03 jan. 2019.

CARMO J.F.; OLIVEIRA E.R.A.; MORELATO R.L. Dificuldade funcional e fatores associados em idosos após o acidente vascular cerebral em Vitória - ES, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 809-818. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/pt_1809-9823-rbgg-19-05-00809.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

CARVALHO-PINTO, B.P.B.; FARIA, C.D.C.M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 355-366, aug. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000400355&lng=en&nrm=iso. Access on: 04 jan. 2019.

CHOU, C.Y. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 655-662, mar. 2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305714005436>. Access on: 15 jan. 2019.

CICHOCKI MARCELO, F.K.P. *et al.* Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-25, feb 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000100021&lng=en. Acesso em: 03 jan. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311/2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 01 dez. 2018.

CORREIA, J.P. *et al.* Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Medicina Interna**. Lisboa, v. 25, n. 3, p. 213-223, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2018000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G.M. **Perceived Stress in a Probability Sample of United States**. In: **Spacapan S, Oskamp S.** (ed.). *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage; p 31- 67, 1988.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav.** [S.l.], v.24, n. 4, p. 385-396, 1983. Available from: https://www.jstor.org/stable/2136404?seq=1#page_scan_tab_contents. Access on: 05 jan. 2019.

COSTA, V.S., *et al.* Effects of mirror therapy on the motor and functional recovery of post-stroke paretic upper limbs: a systematic review. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 431-438, dec. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000400431&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 jan. 2019.

COSTA, T.F. *et al.* Perfil de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 42, p. 137-146. 2015. Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/49336>. Acesso em: 08 fev. 2019.

CRUZ, D.S.M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V.M. Quality of life related to health of adolescents with dm1: an integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, p. 973-989, mar. 2018. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/973-989/>. Access on: 15 dec. 2018.

CRUZ-CRUZ, C. *et al.* Evaluation of the Stroke-Specific Quality-of-Life (SSQOL) Scale in Mexico: A Preliminary Approach. **Value in Health Regional**, [S.l.] v. 2, n. 1, p. 392-397, 2013. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109913000563?via%3Dihub>. Access on: 20 dec. 2018.

CUMMING, T.B. *et al.* The importance of cognition to quality of life after stroke. **J Psychosom Res**, [S.l.], v. 77, n. 5, p. 374-379, nov. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25217449>. Access on: 02 jan. 2019.

DAS, J; RAJANIKANT, G.K. Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, [S.l.], v. 90, p. 104-114, july. 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763417302130?via%3Dihub>. Access on: 19 dec. 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 11 jan. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 10 dez. 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 20 dez. 2018.

DEMAERSCHALK, B.M. *et al.* Scientific rationale for the inclusion and exclusion criteria for intravenous alteplase in acute ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. **Stroke**. [S.l.], v. 47, n. 2, p. 581-641. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696642>. Access on: 02 jan. 2019.

DUNBAR, S.B. *et al.* Projected Costs of Informal Caregiving for Cardiovascular Disease: 2015 to 2035: A Policy Statement From the American Heart Association. **Circulation**. [S.l.], v.137, n. 19, p. e558-e577, may 2018. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000570>. Access on: 02 jan. 2019.

DUTRA, M. O. *et al.* Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 124-35, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf. Access on: 20 dec. 2018.

EVERSON-ROSE, S.A. *et al.* Chronic stress, depressive symptoms, anger, hostility, and risk of stroke and transient ischemic attack in the multi-ethnic study of atherosclerosis. **Stroke**, [S.l.], v. 45, n. 8, p. 2318-2323, july. 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131200/>. Access on: 05 dec. 2018.

FAIETA, J.; PAGE, S. Visual Impairment After a Stroke. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, [S.l.], v. 97, n. 11, p. 2021-2022, nov. 2019. Available from: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(16\)30261-1/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(16)30261-1/fulltext). Access on: 02 jan. 2019.

FALKSTEDT, D. *et al.* Cannabis, Tobacco, Alcohol Use, and the Risk of Early Stroke: A Population-Based Cohort Study of 45 000 Swedish Men. **Stroke**. [S.l.], v. 48, n. 2, p. 265-270, feb 2017. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.116.015565>. Access on: : 02 dec. 2018.

FARIA, C.D.C.M.; ARAUJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B.P.B. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 30, n. 3, p. 527-536, sept. 2017 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300527&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 dec. 2018.

FARIA, A.C.A. *et al.* Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. **Rev Bras Enferm**, [S.l.], v. 70, n. 3, p. 495-503, mai-jun. 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0495.pdf>. Access on: 12 jan. 2019.

FARO, A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicol Reflex Crít.**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 21-30, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v28n1/0102-7972-prc-28-01-00021.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FARO, A. Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse. **Psicol Ver.**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 205-207, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a13.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão Narrativa da Evolução Conceitual, Perspetivas Teóricas e Metodológicas. **Psicol Saúde Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 78-100, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FEIGIN, V. L.; NORRVING, B.; MENSAH, G. A. Global burden of stroke. **Circ Res.**, [S.l.], v. 120, n. 3, p. 439-48, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28154096>. Access on: 02 jan. 2019.

FERIGOLLO, J. P.; FEDOSSE, E.; SANTOS FILHA, V. A. V. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. **Cad Ter Ocup UFSCar**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 297-507, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1379/746>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

FLON, J.R.S. *et al.* Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. **Nure Inv.**, [S.l.], v. 12, n. 78, p.1-9, jun. 2015. Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/731>. Access on: 04 jan. 2019.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GADELHA, I.D.S.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Nível de severidade e capacidade funcional de clientes pós-AVE e o acesso à reabilitação. **ConScientiae Saúde**, [S.l.], v. 35, n. 1, p.135-142, nov. 2015. Disponível em: <http://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=5725&path%5B%5D=3219>. Acesso em: 02 jan. 2019.

GEREMIAS, L.M. *et al.* Prevalência do diabetes mellitus associado ao estresse ocupacional em trabalhadores bancários. **Rev Cuid.**, Minas Gerais, v. 8, n. 3, p. 1863-1874, dez. 2017. Disponível

em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301863&lng=. Acesso em: 02 jan. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIMENES, G.F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 291-318, ago. 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200003&lng=en&nrm=iso. Access on: 22 nov. 2018.

GOMES, C. M.; *et al.* Stress and cardiovascular risk: multi-professional intervention in health education. **Rev Bras Enferm**, [S.l.], v. 69, n. 2, p. 329-36, 2016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en_0034-7167-reben-69-02-0351.pdf. Access on: 20 jan. 2019.

GOMES, A. R., *et al.* Stress, avaliação cognitiva e burnout: um estudo com professores do ensino superior. **Rev. Sul-Am. Psicol.** [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-20, 2013. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revsulap/v1n1/v1n1a02.pdf>. Access on: 20 nov. 2018.

GRANGER, C.; ALBRECHT, G.; HAMILTON, B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil.** [S.l.], v. 60, n. 4, p. 145-154, apr. 1979. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/157729>. Access: 02 nov. 2018.

GROCHOVSKI, C.S.; CAMPOS, R.; LIMA, M.C.A.M. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **R bras ci Saúde.**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 269-276, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/20311/15101>. Acesso em: 05 jan. 2019.

GUERRA, Z.F. *et al.* Avaliação da capacidade funcional pós acidente vascular cerebral (AVC). **Rev Bras Ciênc Med Saúde**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 1-5, 2017. Disponível em: <http://www.rbcms.com.br/exportar-pdf/36/v5n5a01.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

HAMER, M.; STEPTOE, A. Cortisol responses to mental stress and incident hypertension in healthy men and women. **J Clin Endocrinol Metab.**, [S.l.], v. 97, n. 1, p. E29-E34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031509>. Access on: 02 jan. 2019.

HAN, Y. *et al.* Chinese family caregivers of stroke survivors: Determinants of caregiving burden within the first six months. **J Clin Nurs.**, [S.l.], v. 26, n. 23, p. 4558-4566, 2017. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13793>. Access on: 02 jan. 2019.

HEIKINHEIMO, T.; CHIMBAYO, D. Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi **Malawi Med J**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 50-54, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26405512>. Access on: 20 dec. 2018.

HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 2v.

INOUE, T.M.; VECINA, M.V.A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**, [S.l.] v. 35, n. 2, p. 127-130, 2017. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019.

KATONA, M. *et al.* E. Predictors of health-related quality of life in stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study. **Health Qual Life Outcomes**, [S.l.], v. 13, n. 58, 2015. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0258-9>. Access on: 20 dec. 2018.

KHALID, W. *et al.* Quality of life after stroke in Pakistan. **BMC Neurology**, [S.l.], v. 16, n. 250, dec. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135839/>. Access on: 02 jan. 2019.

KIM, K.; KIM, Y. M.; KIM, E. K. Correlation between the Activities of Daily Living of Stroke Patients in a Community Setting and Their Quality of Life. **J Phys Ther Sci**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 417-419, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976015/>. Access on: 20 fev. 2019.

LANDEIRO, M.J.L.; MARTINS, T.V.; PERES, H.H.C. Nurses' perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent person. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e0430015, apr. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100315&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dec. 2018.

LAURES-GORE, J.S. DEFIFE, L.C. Perceived stress and depression in left and right hemisphere post-stroke patients. **Neuropsychol Rehabil.**, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 783-797, dec. 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830587/>. Access on: 19 dec. 2018.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEGRIS, N. *et al.* French validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL). **NeuroRehabilitation**, [S.l.], v. 42, n. 1, p. 17-27, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29400672>. Access on: 20 dec. 2018.

LIMA, M.J.M.R. *et al.* Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. **Clinics**, São Paulo. v.73, n. e418, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152181/>. Access on: 19 dec. 2018.

LIMA, A.P.; CARDOSO, F.B. O Efeito de um Programa de Exercícios Físicos sobre a Capacidade Funcional da Marcha Hemiparética de Indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. **R bras ci Saúde**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 203-208, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16225/13581>. Acesso em: 19 dec. 2018.

LIMA, R.C.M. *et al.* Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 12, n. 2, mar-abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000200012&lng=en. Acesso em: 20 fev. 2019.

LIMA, M.L. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 453, p. 464, abr- jun, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200453&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2019.

LIMA, R. J. **Resiliência em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9423>. Acesso em: 20 dez. 2018.

LIRA, C.L.O.B.; AVELAR, T.C.; BUENO, J.M.M.H. Coping e Qualidade de Vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 82-99, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2019.

LARSEN, L. P. *et al.* Determinants of Self-Rated Health Three Months after Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease**, Herning, v. 25, n. 5, p. 1027–1034, may 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305715006813>. Access on: 19 dec. 2018.

LARSSON, S.C. *et al.* Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis. **BMC Med.** [S.l.], v. 14, n. 178, nov 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121939/>. Access on: 11 dec. 2018.

LUFT, C.D.B. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2018.

MAIDA, C. *et al.* Management of blood pressure and heart rate in patients with acute stroke. **Curr Pharm Des.**, [S.l.], v. 23, n. 31, p.4583–4597, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28714410>. Access on: 05 jan. 2019.

MAHMOODI, M. *et al.* Stroke specific quality of life questionnaire: Test of reliability and validity of the Persian version. **Iran Neurol**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 94-100, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056554>. Access on: 20 dec. 2018.

MARIOTTI, A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain-body communication. **Future Sci OA**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. FSO23, 2015.

Available from: <https://www.future-science.com/doi/pdfplus/10.4155/fso.15.21>. Access on: 10 nov. 2018.

MARKIDAN, J. *et al.* Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. **Stroke**, [S.l.], v. 49, n. 5, p. 1276-1278, apr 2018. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.117.018859>. Access on: 11 dec. 2018.

MARSHALL, I.J. *et al.* The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. **The Lancet Neurology**, [S.l.], v. 14, n. 12, p.1206-1218, dec. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26581971>. Access on: 12 dec. 2018.

MAVADDAT, N. *et al.* Prediction of breast cancer risk based on profiling with common genetic variants. **J Natl Cancer Inst.**[S.l.], v.11, n. 2, p. djv036, may 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754625/>. Access on: 11 dec. 2018.

MEIJERING, L.; NANNINGA, C. S.; LETTINGA, A. T. Home-making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors. **Health Place**, [S.l.], v. 37, p. 35-42, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26702961>. Access on: 20 dec. 2018.

MELO, C.F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n2/v15n2a02.pdf>. Acesso em: 12 dec. 2018.

MESCHIA, J.F. *et al.* Guidelines for the primary prevention of stroke. **Stroke.**, v. 45, n. 12, p. 3754-832. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000046>. Access on: 19 dec. 2018.

MESQUITA, A. A.; LOBATO, J. L.; BRITO, K. P. Estresse, enfrentamento e sua influência sobre a glicemia e a pressão arterial. **Rev Psicol Saúde**, [S.l.]/v. 6, n. 1, p. 48-55, 2014. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/323/375>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MINOSSO, J.S.M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dez. 2018.

MOREIRA, N.R. *et al.* Quality of life of individuals affected by stroke. **Rev Neurocienc.**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2304/originais/1036original.pdf>. Access on: 12 dec. 2018.

MORONE, G.; PAOLUCCI, S.; IOSA, M. In what daily activities do patients achieve independence after stroke?. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, [S.l.], v. 24, n. 8, p. 1931-1937, ago. 2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305715002517>. Access on: 10 fev. 2019.

MOURAI, M.; CASULARII, L.A. The impact of non-thrombolytic management of acute ischemic stroke in older individuals: the experience of the Federal District, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 57-63, abr. 2015. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/57-63/pt>. Access on: 03 jan. 2019.

MUNRO B.H. **Statistical methods for health care research**. 4 ed. Philadelphia; Lippincott, 2001.

ODETUNDE, M.O; AKINPELU, A.O.; ODOLE, A.C. Validity and reliability of a Nigerian-Yoruba version of the stroke-specific quality of life scale 2.0. **Health Qual Life Outcomes**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 205, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29052510>. Access on: 20 dec. 2018.

OLAI, L., BORGQUIST, L., SVÄRDSUDD, K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. **Ups J Med Sci.**, [S.l.], v. 120, n. 4, p. 290-298, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816890/>. Access on: 03 jan. 2019.

OLIVEIRA, E.C. *et al.* Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento.**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. 173-196. 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/785/468>. Acesso em: 17 dez. 2018.

OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Rev Neurocienc**, v. 17, n. 3, p. 255-62, 2009. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/235%20revisao.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ONABAJO, G.O.V. *et al.* Social Support after Stroke: Influence of Source of Support on Stroke Survivors Health-Related Quality of Life. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, v. 5, n. 1, p.1-9, 2016. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/INDJ_29/2015/Sep/Onabajo512015INDJ20240.pdf. Access on: 03 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

OSTWALD, S.K.; SWANK, P.R.; KHAN, M.M. Predictors of functional independence and stress level of stroke survivors at discharge from inpatient rehabilitation. **Journal of Cardiovascular Nursing**, Frederick, v. 23, n. 4, p. 371- 377, 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596503>. Access on: 11 dec. 2018.

OSTWALD, S.K. *et al.* Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. **Top Stroke Rehabil.** [S.l.], v. 16, n. 2, p. 93-104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19581196>. Access on: 11 dec. 2018.

OVIEDO, H. C.; CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 572-579, 2005. Available from: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=80634409>. Access on: 19 dec. 2018.

PEDROSO, V.S.P; SOUZA, L.C.; TEIXEIRA, AL. Síndromes neuropsiquiátricas associadas a acidentes vasculares encefálicos: revisão de literatura. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 165-176, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200165&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2018.

PEGO, P.M. *et al.* Thrombolysis in patients aged over 80 years is equally effective and safe. **J Stroke Cerebrovasc.**, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 1532-1538, june. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27053030>. Access on: 19 dec. 2018.

PELLICO, L. H. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PELICIONI, M.C.X. *et al.* Functional versus nonfunctional rehabilitation in chronic ischemic stroke: evidences from a randomized functional MRI study. **Neural plasticity**, [S.l.], v. 2016, p. 1-10, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6353218>. Access on: 14 jan. 2019.

PEREIRA, R.A. *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023. Acesso em: 04 fev. 2019.

PEREIRA, J.M. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. São paulo: Atlas, 2016.

PEREIRA, D.S; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00893.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

PEREIRA, T.B; BRANCO, V.L.R. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.

PEREIRA, A.R.R. *et al.* Association among sexual function, functional independence and quality of life in patients after cerebrovascular accident. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 54-61, mar. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100054&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2019.

PLOW, M. *et al.* A mixed methods study of multiple health behaviors among individuals with stroke. **PeerJ**. [S.l.], v. 23, n. 5. p. e3210, may, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28560091>. Access on: 03 jan. 2019.

PONTE, A.S.; FEDOSSE, E. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3171-3182, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jan. 2019.

POST, M.W. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. **Top Spinal Cord Inj Rehabil.**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 167-180, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25484563>. Access on: 13 dez. 2018.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PUCCIARELLI, G. *et al.* Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke: A Longitudinal Dyadic Analysis. **Stroke**, v. 48, n. 3, p. 733-739, feb 2017. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.116.014989>. Access on: 19 dez. 2018.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 205-212, mar-abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n2/v26n2a16>. Acesso em: 21 fev. 2019

RIBEIRO, K.S.Q.S. *et al.* Analysis of impacts from environmental factors evaluated by icf in individuals post-cva. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 29, n. 2, p. 237-249, abr-jun. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000200237&lng=en&nrm=iso. Access on: 03 jan. 2019.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSEK, S.I. Spirituality and Coping. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 87-93, dec. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800087&lng=en&nrm=iso. Access on: 15 dec. 2018.

RODES, C.H. *et al.* The access and rehabilitation working process in Primary Health Care. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100074&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dec. 2018.

SANTOS, E.B. *et al.* Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0797.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS, E.B.; RODRIGUES, R.A.P.; PONTES-NETO, O.M. Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 8, p. 621-625, ago. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016000800621&lng=en&nrm=iso. Access on: 03 fev. 2019.

SANTOS, E.B. *et al.* Hanges and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. **Stress and Health**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 359-366, dec. 2017. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.2791>. Access on: 04 dec. 2018.

SANTOS, N.C.; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n4/1809-9823-rbagg-17-04-00795.pdf>. Acesso em: 07 dec. 2018.

SAUNDERS, D.H.; GREIG, C.A.; MEAD, G.E. Physical Activity and Exercise After Stroke. **Stroke**, [S.l.], v. 45, n. 12, p. 3742–3747, nov 2014. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.114.00431>. Access on: 04 jan. 2019.

SAMPIERE, R.H.; COLLADO, C.F.; LÚCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, apr. 2004 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso. Access on: 04 jan. 2019.

SILVA, S.M. *et al.* Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a proposal for use of assessment tools. **J Phys Ther Sci**. [S.l.], v. 21, n. 6, p. 1665-1670, 2015. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/27/6/27_jpts-2014-836/_article. Access on: 19 dec. 2018.

SILVA, R.A. *et al.* Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 35, n. 3, p. 306-319, dec. 2017. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072017000300306&lng=en&nrm=iso. Access on: 18 jan. 2019.

SILVA, I.F.G. *et al.* Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 8, p.103-111, mar. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, S.M. *et al.* Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a proposal for use of assessment tools. **Journal of physical therapy science**, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 1665-1670, jun. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26180294>. Access on: 28 jan. 2019.

SIMEONE, S. *et al.* The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 2, p. 162-169, feb 2014. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515114522886>. Access on: 11 jan. 2019.

SIMÕES, T.F.P. *et al.* Nível de atividade física de usuários da atenção primária: comparação entre indivíduos saudáveis e pós acidente vascular cerebral. **Acta Fisiátr.**, [S.l.] v. 24, n.2, p. 56-61, 2017. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=664. Acesso em: 10 jan. 2019.

SMS. **Secretaria Municipal de Saúde**. João Pessoa. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>. 2018. Acessado em: 13 nov. 2018.

SOUSA, M.B.C.; SILVA, H.P.A. ; GALVAO-COELHO, N.L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e a teoria da alostase. **Estud. psicol.**, Natal, v. 20, n. 1, p. 2-11, mar. 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100002&lng=en&nrm=iso. Access on: 10 jan. 2019.

SOUSA, L.M. M. *et al.* A Depression Anxiety Stress Scale em pessoas com doença renal crónica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.17, p. 50-57, june. 2017. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100007&lng=pt&nrm=iso. Access on: 01 jan. 2019.

TANG, W.K. *et al.* Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: a cross-sectional study. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, [S.l.], v. 94, n. 12, p. 2535-2541, dez. 2013. Available from: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00550-9/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00550-9/fulltext). Access on: 19 fev. 2019.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. *et al.* Content comparisons of stroke specific quality of life based upon the international classification of functioning, disability and health. **Qual Life Res.** [S.l.], v. 18, n. 6, p. 765-773, 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19459067>. Acesso em: 13 nov. 2018.

TIBAEK, M. *et al.* Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: A Registry Based Study. **J AmHeart Assoc.**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. e003158, may. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4889186/>. Access on: 10 jan. 2019.

TRAD, L.I.A.; PEREIRA, A.P.A; BAPTISTA, M.N. Suporte social e aspectos ocupacionais do adulto jovem após acidente vascular cerebral. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 474-483, ago. 2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2019.

UTIDA, K.A.M.; BATISTON, A.P.; SOUZA, L.A. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. **Acta fisiátrica**, Mato Grosso do Sul, v. 23, n. 3, p. 107-112. 2016. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=634. Acesso em: 01 fev. 2019.

VALLE, L.S; SOUZA, V.F; RIBEIRO, A.M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131-138, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000100014&lng=en&nrm=iso. Access on: 11 jan. 2019.

VINCENS, N.; STAFSTROM, M. Income Inequality, Economic Growth and Stroke Mortality in Brazil: Longitudinal and Regional Analysis 2002-2009. **PLoS One**, [S.l.] v.10, n. 9, p. e0137332, sep. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352415>. Access on: 13 jan. 2019.

VERNAY, M.; BONALDI, C.; GRÉMY, I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. **Santé Publique**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 189-197, jan-fev. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168632>. Access on: 12 jan. 2019.

VINE, S.J.; MOORE, L.J.; WILSON, M.R. An integrative framework of stress, attention, and visuomotor performance. **Frontiers in psychology**, [S.l.], v. 7, p. 1671, nov. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088191/>. Access on: 15 fev. 2019.

VISSER, M.M. *et al.* The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. **Journal of rehabilitation medicine**, [S.l.], v. 46, n. 6, p. 514-519, jun. 2014. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2014/00000046/00000006/art00004>. Access on: 12 fev. 2019.

WILLIAMS. L.S. *et al.* Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. **Neurology**. [S.l.], v. 53, n. 8, p. 1839-1843, nov. 1999. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10563636>. Access on: 13 nov. 2018.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, [S.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K>. Acesso em: 27 jan. 2019.

YUSUF, M.B.S. *et al.* Cardiovascular risk and events in 17 low middle, and-income countries. **N Engl J Med.**, [S.l.], v. 371, n. 9, p. 818-827, aug. 2014. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311890>. Access on: 11 jan. 2019.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Qualidade de vida, estresse percebido e capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico** e está sendo desenvolvida por **Cleane Rosa Ribeiro da Silva**, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida, estresse percebido e capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico. A finalidade deste trabalho é compreender o quanto o acidente vascular encefálico (AVE) gera estresse e interfere na capacidade funcional e na qualidade de vida dos sobreviventes. Para assim, desenvolver e implementar ações que amenizem o impacto negativo do AVE na sobrevivência das pessoas.

Solicitamos a sua colaboração para participar deste estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados serão coletados por meio de entrevista individuais, mediante a utilização de um instrumento estruturado para a obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e condições de saúde, Índice de Barthel, escala de qualidade de vida específica para o AVE (EQVE-AVE) e escala do Stresse Percebido (PSS-10).

Informamos que esta pesquisa oferece riscos mínimos e imprevisíveis, em que o participante está sujeito apenas a um eventual constrangimento e/ou leve desconforto durante o transcorrer da entrevista. Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

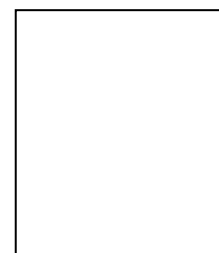
Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será a minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o

meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

João Pessoa, ____/____/2018.

Assinatura da Testemunha



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Cleane Rosa Ribeiro da Silva, Telefone: (83)98817-6240 ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba –Campus I, 1º andar, Cidade Universitária, Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. Campus I – Fone: **(83) 3216 7791 CEP: 58.051-900.**

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO A

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

ANO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
SEMESTRE	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
MÊS	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
DIA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
DIA DA SEMANA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

NOME DA RUA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
NÚMERO DA CASA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
BAIRRO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
CIDADE	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
ESTADO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

ÁRVORE	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
MESA	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU

Número de repetições _____

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100 - 7 = 93	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
93 - 7 = 86	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
86 - 7 = 79	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
79 - 7 = 72	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
72 - 7 = 65	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação) – ODNUM

()acertou ()errou ()Não sabe

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra

ÁRVORE	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
MESA	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU

C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

CANETA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
RELOGIO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

CONSEGUIU ()	NÃO CONSEGUIU ()
---------------	-------------------

C8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHOU OS OLHOS, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

C9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
Dobre esse papel ao meio	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
Ponha-o no chão	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

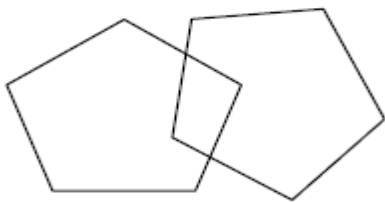
C10) Diga ao idoso(a):

O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg).

C11) Diga ao idoso(a): Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)



Pontuação Final: _____

ANEXO B

INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE AVE

1. Identificação sociodemográfica

Idade: _____ **Sexo:** (1) F (2) M
Com quem mora: _____
Você tem alguma ocupação: (1) Sim (2) Não **Se sim, qual:** _____
Presença de cuidador: (1) Sim (2) Não
Se sim, tipo de Cuidador: (1) Formal (2) Informal **Cuidador: primário:** _____
secundário: _____ **terciário:** _____
Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Umbandista (5) Ateu (6) Não tem religião
 (7) Outra, qual: _____
Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado ou união estável (3) Viúvo (4) Divorciado
Anos de estudo: _____
Renda individual: _____ **Renda familiar:** _____
Tipo de renda: (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Atividade remunerada (5) Doação (6) Benefício (7) Não tem renda (8) Outra: _____
A renda é suficiente para os cuidados com o paciente e as despesas: (1) Sim (2) Não

2. Hábitos de vida e situação de saúde

Fuma: (1) Sim (2) Não **Bebida alcoólica:** (1) Sim (2) Não
Atividade física: (1) Sim (2) Não **Se sim, qual:** _____
Como você avalia a sua condição de saúde? (1) Muito ruim (2) ruim (3) Nem ruim nem boa
 (4) Boa (5) Muito boa
Morbidades autorreferidas: _____

3. Características referentes ao AVE:

Último episódio de AVE: _____ **Tipo de AVE:** (1) Hemorrágico (2) Isquêmico (3) Não sabe
Quantidade de episódios de AVE: _____
Tipo (s) de sequela (s): (1) Disfagia (2) Paralisia facial (3) Fraqueza muscular (4) Déficit de sensibilidade (5) Alteração visual (6) Alteração motora (7) Distúrbio de humor (8) Outras, qual: _____
Fez/faz tratamento/reabilitação: (1) Sim (2) Não
Se sim, qual especialidade: (1) Fisioterapia (2) Psicoterapia (3) Terapia ocupacional (4) Outra, qual: _____
Fatores de risco autorreferidos para o AVE: (1) Idade maior que 55 anos (2) AVE prévio (3) HAS (4) DM (5) Sexo masculino (6) Tabagismo (7) Hipercolesterolemia (8) Histórico de IAM (9) Cardiopatias (10) Raça Negra (11) Fibrilação Atrial (12) Outra, qual: _____

Observações: _____

ANEXO C

ÍNDICE DE BARTHEL

INTESTINO: 0= Incontinente

5= Acidente Ocasional

10= Continente

BEXIGA: 0= Incontinente/Cateterizado e incapaz de manejar

5= Acidente ocasional

10= Continente

HIGIENE PESSOAL: 0= Necessita de ajuda

5= Independente para cuidar da face, do cabelo, dos dentes e se barbear

USAR O BANHEIRO: 0= Dependente

5= Necessita de alguma ajuda

10= Independente

ALIMENTAÇÃO: 0= Dependente

5= Necessita de alguma ajuda para, por exemplo, cortar, espalhar manteiga.

10= Independente para todas as ações

TRANSFERIR-SE (DA CADEIRA PARA ACAMA): 0 = Incapaz

5= Ajuda maior, pode sentar-se.

10= Ajuda menor (verbal ou física)

15= Independente

CAMINHAR: 0 = Incapaz

5= Independente em cadeira de rodas

10= Caminha com ajuda de alguma pessoa (verbal/física)

15= Independente (pode receber ajuda)

VESTIR-SE: 0= Dependente

5= Necessita de ajuda, mas faz a metade.

10= Independente (incluindo botões, zíperes e laços)

ESCADAS 0= Incapaz

5= Necessita de ajuda (verbal/física)

10= Independente

BANHO: 0= Dependente

5= Independente

ANEXO D

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

0= nunca 1= quase nunca 2= algumas vezes 3=frequentemente 4= muito frequente

	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

ANEXO E

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA AVE (EQVE-AVE)

OPÇÕES DE RESPOSTA:			PONTUAÇÃO
1	2	3	Pontos
Concordo inteiramente	Não pude fazer de modo algum	Ajuda Total	1
Concordo mais ou menos	Muita dificuldade	Muita ajuda	2
Nem concordo nem discord	Alguma dificuldade	Alguma ajuda	3
Discordo mais ou menos	Um pouco de dificuldade	Um pouco de ajuda	4
Discordo inteiramente	Nenhuma dificuldade mesmo	Nenhuma ajuda necessária	5

QUESTÕES:		PONTUAÇÃO
Energia	1	(3 – 15 pontos)
E1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	1	
E2. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	1	
E3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	1	
Papéis Familiares	1	(3 – 15 pontos)
PF1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família	1	
PF2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	1	
PF3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	1	
Linguagem	2	(3 – 25 pontos)
L1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir	2	

se expressar, ou embolar as palavras?		
L2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	2	
L3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	2	
L4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	2	
L5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	2	
Mobilidade	2	(6 - 30 pontos)
M1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com o ponto)	2	
M2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	2	
M3. Você teve dificuldade para subir escadas?	2	
M4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	2	
M5. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	2	
M6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	2	
Humor	1	(5 - 25 pontos)
H1. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	1	
H2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades	1	
H3. Eu Me senti afastado/isolado Das outras pessoas.	1	
H4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1	
H5. Eu não estava interessado em comida.	1	
Personalidade	1	(3 - 15 pontos)

P1. Eu estava irritável/irritado. (“Com os nervos à flor da pele”)	1	
P2. Eu estava impaciente com os outros.	1	
P3. Minha personalidade mudou.	1	

Autocuidado	3	(5 – 25 pontos)
AU1. Você precisou de ajuda Para preparar comida?	3	
AU2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	3	
AU3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	3	
AU4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	3	
5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	3	
Papéis Sociais	1	(5 – 25 pontos)
PS1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1	
PS2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria	1	
PS3. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	1	
PS4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria	1	
PS5. Minha condição física interferiu com minha vida social.	1	
Memória / Concentração	2	(3 – 15 pontos)
MC1. Foi difícil para eu me concentrar.	2	
MC2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	2	
MC3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	2	

Função da Extremidade Superior	2	(5 – 25 pontos)
FES1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	2	
FES2. Você teve dificuldade para colocar meias?	2	
FES3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	2	
FES4. Você teve dificuldade para usar o zíper?	2	
FES5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	2	
Visão	2	(3 – 15 pontos)
V1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa de televisão?	2	
V2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	2	
V3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	2	
Trabalho / Produtividade	2	(3 – 15 pontos)
TP1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	2	
TP2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	2	
TP3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	2	
Pontuação mínima: 49 pontos Pontuação máxima: 245 pontos	Pontuação Obtida =	

ANEXO F

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE PERCEBIDO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91360718.1.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.994.882

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado aprovado neste CEP submete Emenda para alteração do número da amostra e dos participantes da equipe de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida, estresse percebido e capacidade funcional de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos considerados mínimos, limitados a eventuais desconfortos psicológicos ao responderem as perguntas do instrumento.

Benefícios: ofertar um perfil global sobre a qualidade de vida, funcionalidade, estresse percebido e a relação entre essas variáveis nas pessoas com sequelas de AVE;
maior conhecimento sobre os aspectos relacionados à temática em questão; subsidiar políticas públicas a fim de melhorar a atenção à saúde desse público; ascender o enfrentamento diante dos eventos estressores, com consequentemente melhorias na QV dessa população.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.994.882

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já anexados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerou-se a recomendação do profissional especializado (estatístico) para adequação amostral.

Verificada alterações na equipe de pesquisa na Folha de Rosto conforme informado pela pesquisadora responsável

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1232622_E1.pdf	04/10/2018 10:20:11		Aceito
Folha de Rosto	CLEANE_FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/10/2018 10:15:30	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.docx	08/06/2018 14:37:40	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	certidao_ppgenf.pdf	08/06/2018 14:37:11	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_.docx	08/06/2018 14:33:35	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	08/06/2018 14:32:50	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	08/06/2018 14:32:13	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_.docx	08/06/2018 14:26:22	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.docx	08/06/2018 14:26:05	CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.994.882

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br