



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Nuno Ricardo Tiene Lima Moreira

João Pessoa-PB
2015

NUNO RICARDO TIENE LIMA MOREIRA

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado - do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

**João Pessoa
2015**

M838r Moreira, Nuno Ricardo Tiene Lima.

Relação entre qualidade de vida e funcionalidade em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico / Nuno Ricardo Tiene Lima Moreira.- João Pessoa, 2015.

80f.

Orientadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, João Agnaldo do Nascimento

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Saúde - modelos de decisão. 2. Acidente vascular encefálico. 3. Qualidade de vida. 4. Índice de severidade da doença. 5. Análise multivariada.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

NUNO RICARDO TIENE LIMA MOREIRA

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

João Pessoa, 26 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora (UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno (UFPB)

Prof. Dr. Antonio Geraldo Cidrão de Carvalho
Membro Interno (UFPB)

Profa. Dra. Daniella Araújo de Oliveira
Membro Externo (UFPE)

Simples passo ao caminho rochoso,
Conhece essa terra como ninguém,
Dentre as curvas, o Capibaribe encrespa
Atravessa do velho chico, a mais além.

Da esperança que o velho sertanejo
Ao olhar na terra, não consegue achar,
Vai mais longe, e quando mais procura
O sofrimento parece lhe confortar

De repente, da mais profunda augura
Daquilo que se sente, mas não se pode ver
Do cansaço de buscar por entre o solo,
A mudança parece acontecer!

Vento forte trazendo a energia
Passa firme e, desta vez, o sertão todo vê
Que não basta buscar o que se toca
Se o sopro da mudança acontecer

Ayobami Moreira

***Dedico este trabalho a minha família,
Em especialmente a minha mãe Clotilde Fortes Tiene Monteiro,
ao meu pai Francisco Monteiro e minha esposa Ayobami Moreira
Por todo o esforço realizado para que eu pudesse chegar até aqui.***

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me dar forças em todos os momentos que mais precisei, me amparar nos momentos difíceis e ser a fortaleza da minha vida.

Aos meus pais (Clotilde e Francisco)

Alicerce seguro de amor e carinho, pelo incentivo, apoio e compreensão em todos os momentos ausentes em prol da concretização desta dissertação.

À Ayobami Moreira,

Pelo amor, carinho, atenção e companhia. Por me acalmar nos momentos de angústia, por sonhar junto comigo e concretizar nossos sonhos, um pouquinho, a cada dia.

A minha irmã (Claudia),

Pelo incentivo e admiração.

A minha avó Maria de Fátima Forte Tiene,

Pelo carinho em todos os momentos, o amor e a alegria que sempre me dão forças para prosseguir nos momentos de angústia.

Aos tios, primos, sogro e sogra,

Por acreditarem em mim e por incentivarem o meu crescimento profissional.

À minha orientadora Kátia Suely,

Pela oportunidade do conhecimento e pela confiança depositada. Por orientar e apoiar em todos os momentos da realização desta pesquisa, sempre presente. Um enorme obrigado. Sem a sua ajuda jamais essa vitória poderia ser conquistada.

Ao meu orientador João Agnaldo,

Por apoiar a realização desta pesquisa, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário e a atenção em tentar uma solução nos momentos difíceis. Um enorme obrigado. Sem a sua ajuda jamais essa vitória poderia ser conquistada.

À minha banca examinadora composta pelos professores Drs.Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, João Agnaldo do Nascimento, Ulisses Umbelino dos Anjos, Antonio Geraldo Cidrão de Carvalho e Daniella Araújo de Oliveira.

Obrigado por aceitarem participar da banca examinadora e pelas contribuições enriquecedoras para esta pesquisa.

Aos amigos do MDS,

Em especial à Luciana Moura, Francisco Santos, Eleazar Lucena, Telmo da Silva, Jairo Morais, Yana Araujo, Danyelle Farias e Clarice Silva, pelo companheirismo nos momentos difíceis de aprendizagem em estatística.

Aos amigos como Irmãos,

Em especial Kiarelli Agra, Engels Semedo, Reíza Stefany, Luis Celso, Reginaldo, Cleiton, pela amizade e companheirismo.

Aos pesquisadores do Laboratório de Ensino e Prática em Saúde Coletiva (LEPASC),

A todos os pesquisadores do LEPASC, em especial a Adriana Souza de Andrade e aos professores Robson da Fonseca Neves e Geraldo Eduardo Guedes de Brito, por permitir com que eu fizesse parte deste lindo grupo, aperfeiçoando enquanto Pesquisador de Saúde Coletiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

Pelo auxílio com a bolsa de estudos que me permitiu dedicar integralmente à realização desta pesquisa.

RESUMO

Os déficits causados pelo acidente vascular encefálico (AVE) causam mudanças severas no dia a dia, quando, quase sempre, o sujeito acometido necessita de uma assistência no campo da reabilitação, que é encontrada, principalmente, na atenção secundária. O objetivo deste estudo é de analisar o comprometimento na qualidade de vida de pessoas com sequelas de AVE em conformidade com o grau de severidade da sequela. Trata-se de um estudo longitudinal, composto por 33 indivíduos de ambos os sexos, acometidos por AVE e admitidos em um hospital público de João Pessoa/PB. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares realizadas em 21, 90 e 180 dias após a alta hospitalar. O grau de comprometimento funcional pós-AVE foi avaliado por meio da escala modificada de Rankin, e a qualidade de vida, pela escala de qualidade de vida específica para o AVE (EQVE-AVE). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. A média de idade dos sujeitos foi de 59,76 anos. O AVE isquêmico foi o predominante (72,7%). Os domínios da EQVE-AVE que apresentaram menores escores foram: energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade. O comprometimento funcional pós-AVE, segundo a escala modificada de Rankin, afetou 81,8% dos indivíduos, e desses, 60,7% apresentaram deficiência de moderada a grave. A escala EQVE-AVE, na primeira avaliação, teve associação com o comprometimento funcional e a existência de um cuidador. Já na segunda avaliação, a escala EQVE-AVE mostrou que ela esteve associada à faixa etária e à existência de um cuidador. A utilização de análise de agrupamento (AA), permitiu observar mudanças de percepção quanto aos domínios da EQVE-AVE no terceiro momento (T2). Essas mudanças agruparam os domínios por similaridades de acordo com a média dos escores da qualidade de vida. O estudo forneceu informações dos indivíduos com AVE sobre a qualidade de sua vida e a relação dessa variável com algumas características clínicas. O AVE afeta diversas dimensões da QV, pode alterar as relações familiares e restringir a participação social das pessoas acometidas, limitando os indivíduos acometidos de usufruir das atividades que normalmente desenvolveriam.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico; Qualidade de vida; Índice de severidade da doença; Análise multivariada.

ABSTRACT

The deficits caused by stroke causes severe changes in everyday life, when, almost always, the subject involved need assistance in the field of rehabilitation, which is found mainly in secondary care. The objective of this study is to analyze the impairment in quality of life of people with stroke sequelae in accordance with the severity of the sequel. This is a longitudinal study, composed of 33 individuals of both sexes affected by stroke and admitted to a public hospital in João Pessoa / PB. Data collection was conducted through household interviews in 21, 90 and 180 days after hospital discharge. The degree of post-stroke functional impairment was assessed using the modified Rankin scale, and quality of life, by the scale of specific quality of life for stroke (EQVE-AVE). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The mean age of the subjects was 59.76 years. Ischemic stroke was the predominant (72.7%). The areas of EQVE-stroke that had lower scores were: energy, social roles, family roles and personality. The post-stroke functional impairment, according to the modified Rankin scale, affected 81.8% of patients, and of these, 60.7% had moderate to severe disabilities. The EQVE-stroke scale, the first evaluation was associated with functional impairment and the existence of a caregiver. The second assessment, the EQVE-stroke scale showed that it was associated with age and the presence of a caregiver. The use of cluster analysis (CA) analysis allowed us to observe perception changes as the fields of EQVE-stroke the third time (T2). These changes grouped fields by similarities according to the average quality of life scores. The study provided information of individuals with stroke on the quality of your life and the relationship of this variable with some clinical features. The stroke affects different dimensions of QOL, you can change family relations and restrict the social participation of affected people by limiting the affected individuals to enjoy the activities that normally develop.

Keywords: Stroke; Quality of Life; Severity of Illness Index; Multivariate Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição espacial da amostra dos pacientes acometido por AVE na cidade de João Pessoa – PB.....	44
Figura 2 -	Dendograma de qualidade de vida utilizando ligação média dos domínios.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos ($n=33$).....	39
Tabela 2 -	Hábitos de vida.....	40
Tabela 3	Correlação de <i>Spearman</i> entre o grau de severidade e escores da QV no momento T1 e T2.....	40
Tabela 4 -	Domínio da EQVE-AVE no 3º e o 6º mês.....	41
Tabela 5 -	Fatores determinantes da QV após o AVE no 3º mês após a alta hospitalar ($n=33$).....	42
Tabela 6 -	Fatores determinantes da QV após o AVE no 6º mês após a alta hospitalar ($n=28$).....	43
Tabela 7 -	Agrupamento dos Domínios.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Análise de Agrupamento

ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas

AVD's - Atividades de Vida Diária

AVE - Acidente Vascular Encefálico

AVEi- Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

AVEh - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico

BE – Boletim de Emergência

CA- Coeficiente Aglomerativo

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EQVE – AVE - Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico

ESF- Equipe de Saúde da Família

HEETSHL- Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSN - Perfil de Saúde de Nottingham

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas

SF36 – Medical Outcomes Short Form Health Survey

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SSQOL – Stroke Specific Quality of Life

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
1.2	JUSTIFICATIVA.....	19
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECIFICOS.....	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	22
3.1	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE).....	22
3.2	ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICAS PARA O AVE.....	25
3.3	ESCALA DE RANKIN MODIFICADA.....	27
3.4	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	29
3.4.1	Medição de similaridade ou dissimilaridade.....	30
3.4.2	Técnicas de agrupamento.....	32
3.4.3	Métodos hierárquicos.....	33
3.4.4	Definição do número de grupos.....	34
3.4.5	Validação dos agrupamentos.....	34
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	36
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUIS.....	36
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA.....	37
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	38
4.6	ASPECTOS ETICOS.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	RESULTADOS.....	39
5.2	DISCUSSÃO.....	46

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
	Apêndice B - Instrumento do Estudo.....	61
	Anexo A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética.....	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, observa-se um acréscimo de pessoas com doenças e incapacidades, sejam elas agudas ou crônicas, que podem causar déficits funcionais e interferir diretamente na qualidade de vida (QV) dessas pessoas (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000).

As doenças cerebrovasculares podem levar a alterações físicas, cognitivas e comportamentais, segundo Cecato (2000) e Mali *et al.* (2006), promover consequências devastadoras no campo físico, psicológico e social e interferir diretamente na qualidade de vida do paciente e da família (OMS, 2003).

O acidente vascular encefálico (AVE), pertencente ao grupo das doenças cerebrovasculares, é considerado uma das principais causas de invalidez e morte no mundo, e sua principal característica é a presença de incapacidades físicas e mentais (SANTOS *et al.*, 2011). Clinicamente, há uma série de déficits possíveis, como alterações no nível de consciência e comprometimento nas funções de sentidos, motricidade, cognição, percepção e linguagem. Para serem classificados como AVE, os déficits neurológicos focais devem persistir por, pelo menos, 24 horas. Os déficits motores são caracterizados por paralisia (hemiplegia) ou fraqueza (hemiparesia), especificamente no lado do corpo oposto ao local da lesão. Os comprometimentos podem se resolver espontaneamente com a recuperação neurológica (déficit neurológico isquêmico reversível), geralmente em um período de três semanas. Os comprometimentos neurológicos residuais são aqueles que persistem por mais de três semanas e podem levar à dependência e deficiência permanentes.

Os AVEs podem ser classificados por categorias etiológicas (trombose, embolia ou hemorragia), categorias de tratamento (ataque isquêmico transitório, AVE menor, AVE maior, AVE em evolução, AVE jovem) e categorias anatômicas (território vascular específico) (O'SULLIVAN, SCHMITZ, 2010). Estatísticas brasileiras indicam que o AVE é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% dos óbitos) e consiste no

diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas. Na América Latina, a taxa de incidência dessa doença é de, aproximadamente, 150 casos por 100.000 habitantes, e as taxas de letalidade variam de 10 a 55%. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVE entre os países da América Latina e o Caribe. A mortalidade, nos primeiros 30 dias, é de 10% e atinge 40% no primeiro ano pós-evento. A maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, porém, aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho, e 30% precisam de auxílio para caminhar (FURINI *et al.*, 2008).

Para avaliar a severidade do comprometimento, muitos estudos têm utilizado a escala de Rankin modificada (CANEDA *et al.*, 2006; FERNANDES, VASCONCELOS, 2012; SORIANO, BARALDI, 2010), que foi desenvolvida por J. Rankin, em 1957, com o objetivo de mensurar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária de pacientes acometidos por AVE. Ela determina o nível de comprometimento neurológico, com níveis de evidências de confiabilidade clinicamente aceitáveis e de boa aplicabilidade, segundo Caneda *et al.* (2006).

O acometimento do AVE não interfere apenas na QV das pessoas acometidas, mas também nos cuidadores e na sociedade como um todo. Os cuidadores estão deixando as unidades hospitalares inseguros, com dificuldade de dar sequência ao tratamento. Segundo seus relatos, as informações recebidas durante a alta hospitalar são pouco elucidativas em relação às necessidades dos cuidados domiciliares. Na maioria das vezes, são generalizadas (REIS, COBUCCI, 2011). O planejamento da alta hospitalar deve ter início no momento da admissão hospitalar e tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado recebido pelo paciente no hospital. Esse planejamento traz benefícios para pacientes, profissionais e instituição.

O conceito de QV há muito vem sendo discutido, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com o aquecimento da economia, mas a definição consensual surgiu na década de 1960 com o avanço da Medicina. No entanto, vem sendo discutido até os dias de hoje, uma vez que esse tema é muito abrangente variando entre culturas, países, classes sociais e indivíduos (DOI, TURCHIARI, STOPIGLIA, 2007).

Segundo os autores citados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e proporções. Nesse contexto, é sobremaneira importante entender a incapacidade e a funcionalidade relacionada à saúde, devido à influência que exercem sobre a qualidade de vida. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) descreve o que uma pessoa pode ou não fazer em sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio onde a pessoa vive (FARIAS, BUCHALLA, 2005).

1.2 JUSTIFICATIVA

Além da alta mortalidade, o AVE é responsável por produzir importantes déficits físicos, psicológicos, cognitivos e sociais nos indivíduos acometidos, que acarretam em elevados índices de morbidade e incapacidades, principalmente no que se refere aos idosos, segundo Teasell R. *et al.* (2002) e Faria *et al.*, (2010), citados por Monteiro *et al.* (2013).

O AVE, na maioria das vezes, limita os pacientes quanto à realização de atividades que um indivíduo saudável desempenha. A participação em atividades sociais é um direito humano e fundamental para melhorar a qualidade da vida das pessoas. Adultos com deficiência física, não raras vezes, experimentam poucas oportunidades de usufruir dos direitos que a vida lhes proporciona, e isso afeta diretamente a qualidade de sua vida.

A QV está associada a diversos aspectos do cotidiano das sociedades. Esses aspectos são de natureza diversa e tanto podem estar relacionados a domínios do bem-estar econômico-financeiro quanto a domínios do bem-estar psicológico, social e espiritual. No que se refere ao bem-estar econômico-financeiro, são cada vez mais importantes os aspectos associados ao impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e de suas famílias (COSTA, 2003).

Os déficits causados pelo AVE proporcionam mudanças severas no dia a dia e, quase sempre, o sujeito acometido necessita de uma assistência no campo da reabilitação, que é encontrada, principalmente, na atenção secundária.

A reabilitação não se restringe à recuperação dos movimentos, mas também inclui a reinserção das pessoas acometidas na sociedade. Para isso, precisam se habilitar/reabilitar em relação às atividades da vida.

Com base no exposto, é importante compreender o quanto a severidade da doença interfere não só no aspecto físico-funcional, mas também na qualidade de vida da pessoa acometida pelo AVE, a fim de lhe dar uma oportunidade de se reinserir na sociedade.

Os conhecimentos adquiridos neste estudo poderão contribuir para que se compreenda o impacto da doença na vida do indivíduo, agreguem-se benefícios em

termos de políticas públicas e de gestão em saúde e subsidie uma boa tomada de decisão, na perspectiva de criar estratégias para usuários que foram acometidos por AVE, no sentido de melhorar a qualidade de sua vida depois desse evento.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o comprometimento na qualidade de vida de pessoas com sequelas de AVE em conformidade com o grau de severidade da sequela.

2.2 ESPECIFICOS

- Descrever o perfil de qualidade de vida de pessoas com sequelas de AVE;
- Verificar os principais domínios da qualidade de vida afetados pelo AVE e como eles se agrupam;
- Classificar a severidade da repercussão do AVE em pessoas acometidas;
- Analisar a influência do grau da severidade na qualidade de vida, por tipo de AVE.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

O AVE é o surgimento agudo de uma disfunção neurológica em uma área cerebral, ocasionada por uma lesão vascular. É uma das causas mais comuns de disfunção neurológica na população adulta (BARBOSA *et al.*, 2009). O termo derrame é usado de forma intercambiável com o termo acidente vascular cerebral (AVC) que, mais recentemente, vem sendo substituído pelo termo AVE, para designar os problemas cerebrovasculares que acompanham as lesões hemorrágicas ou isquêmicas.

O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) caracteriza-se por uma diminuição do fluxo sanguíneo, que se localiza em uma área restrita do encéfalo. É causada por obstrução parcial ou total de uma artéria ou por hipofluxo de origem hemodinâmica. O efeito disso leva a uma perda de função do tecido isquêmico (SOUZA, ROCHA, 2010). Já o acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh) é causado pela ruptura de pequenas artérias cerebrais que provocam hemorragias intracranianas. Pode ser classificado de acordo com a localização (extradural, subdural, subaracnoide, intracerebral, intraventricular), quanto à natureza do vaso rompido (arterial, capilar, venoso) ou à causa (primária ou espontânea, secundária ou provocada) (BARBOSA, 2012).

Clinicamente, há uma série de déficits possíveis, como alterações no nível de consciência e comprometimento nas funções: motricidade, cognição, percepção e linguagem. O AVE é considerado a segunda principal causa de morte, segundo estudo recente da OMS (2009), e a principal causa de incapacidade, uma vez que costuma deixar sequelas físicas, mentais e sociais, que restringem a funcionalidade, particularmente, ao nível da independência nas atividades de vida diárias (AVDs) para além do período agudo.

Para classificar o AVE, esses déficits devem persistir por, pelo menos, 24 horas, excluindo-se os acidentes isquêmicos transitórios, que duram de 10 a 20 minutos (MAZZOLA *et al.*, 2007; O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010). Os déficits motores

caracterizam-se por paralisia (hemiplegia) ou fraqueza (hemiparesia), tipicamente no lado do corpo oposto ao local da lesão. O termo hemiplegia é usado genericamente para designar uma ampla variedade de problemas decorrentes do AVE. O local e a extensão da lesão, a quantidade de fluxo sanguíneo colateral e o tratamento inicial da fase aguda determinam a gravidade dos déficits neurológicos de cada paciente. Os comprometimentos podem se resolver espontaneamente, com a recuperação neurológica (déficit neurológico isquêmico reversível), geralmente dentro de três semanas. Os comprometimentos neurológicos residuais são aqueles que persistem por mais de três semanas e podem levar à dependência e à deficiência permanentes. Assim, a severidade da doença é um aspecto de grande importância na decisão terapêutica e no prognóstico (BENVEGNU *et al.*, 2008).

Na população da América Latina, a prevalência de recuperação incompleta tem sido estimada em 460/100.000, porquanto a incapacidade parcial ou completa está presente em cerca de 24% a 54% dos casos (CABRAL, 2011), gera déficits na independência e na QV dos indivíduos e, conseqüentemente, leva a um aumento da procura por serviços de reabilitação (CORREA *et al.*, 2005; COSTA, 2008; TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2005a).

A prevenção do AVE depende, em parte, de mais conscientização da população quanto aos sinais precoces de advertência (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2010). Os sinais precoces que servem de alerta para o AVE são: dores de cabeça súbitas e fortes; fraquezas ou entorpecimento súbito de um lado do corpo (rosto, braço ou perna); perda da fala ou dificuldade de falar ou de se entender a fala; perda da visão ou embaçamento súbito, particularmente em apenas um dos olhos; tonturas, instabilidade ou quedas súbitas não explicadas, sobretudo quando ocorrerem junto com qualquer um dos sintomas acima.

Segundo Hortale *et al.* (2000), citados por Souza e Rocha (2010), o acesso aos serviços de saúde deve ser considerado como uma categoria valor, que norteia todas as políticas públicas, uma referência a ser perseguida pelos serviços.

De acordo com a Constituição de 1988 e a legislação subsequente, está garantido a todo o povo brasileiro o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde

para promoção, proteção e recuperação da saúde e o dever do Estado de promovê-la por meio da criação de políticas públicas que visem reduzir as doenças e seus agravos.

Vários estudos da literatura científica recomendam o início do tratamento de reabilitação logo após os primeiros cuidados de uma equipe de saúde, de preferência, com uma equipe multidisciplinar, para que o paciente acometido pelo AVE tenha uma recuperação a contento (ALVES, MENDES, 2011; WAJCHEMBERG *et al.*, 2002; ZAMBERLAN, KERPPERS, 2010).

3.2 ESCALAS DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICAS PARA O AVE

Os principais objetivos dos instrumentos que avaliam a QV são de diferenciar os níveis de QV das pessoas e acompanhar sua mudança ao longo do tempo. Para mensurar a QV, são necessários instrumentos que identifiquem o impacto da doença nos indivíduos, incluindo os aspectos relacionados às funcionalidades e às incapacidades. Os instrumentos de qualidade de vida para pacientes diagnosticados com AVE devem conter questões relacionadas às dimensões estabelecidas pela CIF (LIMA, 2006).

A maior parte dos estudos que envolvem pacientes acometidos por AVE tem utilizado instrumentos genéricos de QV como, por exemplo, o *Medical Outcomes Short Form Health Survey 36* (SF-36) e o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)(CABRAL *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2008).

No Brasil, o SF-36 foi traduzido e validado por Ciconelli *et al.* (1999) e, desde então, tem sido utilizado por diversos autores, para avaliar o impacto da doença na qualidade da vida do paciente. Esse instrumento contém 36 itens, subdivididos em oito domínios: capacidade funcional, 10 itens - avalia a presença e a extensão de limitações relacionadas à capacidade física; aspectos físicos, quatro itens - avaliam as limitações quanto ao tipo e à quantidade de trabalho bem como as dificuldades de realizar o trabalho e as atividades da vida diária (AVDs); dor, dois itens - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; estado geral de saúde, cinco itens - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; vitalidade, quatro itens – considera o nível de energia e de fadiga; aspectos sociais, dois itens - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; aspectos emocionais, três itens - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; e saúde mental, cinco itens - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico, além de um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Os dados são analisados a partir da transformação das respostas de cada domínio em escore, numa escala de zero a cem, o que resulta em um estado geral de saúde pior ou melhor (CICONELLI *et al.*, 1999; MARTINEZ, 2002).

O PSN foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Teixeira-Salmela *et al.* (2004). Trata-se de um instrumento genérico, autoadministrado, que apresenta validade definida para indivíduos portadores de doenças crônicas, segundo Goulart *et al.* (2004), citados por Cabral (2011).

O PSN é também um instrumento composto por 38 itens, com respostas no formato 'sim'/'não', que são agrupados em seis domínios: nível de energia, três itens - avalia o nível de energia e de fadiga; dor, oito itens - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; reações emocionais, nove itens - apresenta questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico; interação social, cinco itens - analisa a existência do sentimento de solidão e a dificuldade de interagir com outras pessoas; habilidades físicas, oito itens - analisa a presença de limitações durante a realização das AVDs, e sono, cinco itens - avalia a qualidade do sono e a presença de insônia (CABRAL *et al.*, 2012). Cada resposta 'não' (percepção positiva da QVRS) corresponde a um escore igual a um (1), e cada resposta 'sim' (percepção negativa da QVRS) corresponde a um escore igual a zero (0), perfazendo um escore máximo de 38 pontos. Assim, uma porcentagem de zero (0) a cem (100), obtida a partir do somatório das respostas 'não', representa a pior e a melhor percepção da QVRS respectivamente (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2004).

A escala de qualidade de vida específica para AVE (EQVE-AVE) foi adaptada transculturalmente para o português – Brasil com 50 hemiplégicos crônicos, hemorrágicos e isquêmicos, adultos e idosos, com comprometimento leve a moderado. Todos os pacientes deambulavam e foram considerados independentes ou semi-independentes para fazer as AVDs (LIMA *et al.*, 2008). Esse instrumento contém questões relacionadas às três dimensões da CIF: estrutura e função corporal, atividade e participação (NETO, 2007). A escala contém 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produtividade), criados a partir de entrevistas com indivíduos hemiplégicos que identificaram áreas comuns afetadas pelo AVE. No total, são 49 itens distribuídos nesses 12 domínios. Três possibilidades de resposta foram desenvolvidas com escore de um a cinco: (1) grau de concordância com

afirmações sobre sua funcionalidade, que variou de concorda fortemente a discorda fortemente; (2) dificuldade na realização de uma tarefa, de incapaz de realizar a tarefa a nenhuma dificuldade; (3) quantidade de ajuda necessária para realizar tarefas específicas, de ajuda total a nenhuma ajuda necessária. Para cada domínio, utiliza-se uma opção de resposta, porém a opção de concordância ou discordância é utilizada para os domínios energia, papéis familiares, humor, personalidade e papéis sociais. Nos domínios de linguagem, mobilidade, memória/concentração, função da extremidade superior, visão e trabalho/produtividade, a opção de resposta 'dificuldade na realização de tarefa' deve ser utilizada; já a opção 'quantidade de ajuda necessária' é utilizada na pontuação dos itens do domínio autocuidado. Quanto ao ponto de referência para resposta de todos os itens, refere-se à semana anterior. A EQVE-AVE foi o instrumento utilizado nesta pesquisa (Apêndice A).

3.3 ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

A Escala de Rankin Modificada, usualmente, utilizada para se medir o grau de incapacidade ou dependência nas atividades diárias e já traduzida e adaptada para o português, é um instrumento disponível para se proporcionar um prognóstico quantitativo após um AVE para os profissionais de saúde. Foi originalmente introduzida em 1957 por Rankin e modificada por Lindley et al. em 1994 (HUYBRECHTS; CARO, 2007). Essa escala é útil também para acompanhar a evolução do quadro clínico, mensurar o dano neurológico pela perda ou anormalidade de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica e avaliar a invalidez. Além disso, seu uso no Brasil padroniza a avaliação diagnóstica e prognóstica na assistência a pacientes com AVE (CANEDA et al., 2006).

Sua classificação é dada de acordo com a assistência de que o paciente necessita para realizar uma determinada função, porém apresenta como limitação o fato de que apenas possibilita a avaliação de poucas funções. Pode ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde (FINKELSZTEJN et al., 2008).

Nessa escala, conforme Bonita e Beaglehole (1988), a incapacidade pode variar do grau 0 a 6, ou seja, sem nenhum sintoma, passando pela incapacidade grave, com confinamento ao leito e requerendo assistência constante, até óbito (Apêndice A).

3.4 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

A análise multivariada contém técnicas com as quais se podem determinar um conjunto de características, levando em consideração as correlações existentes, para que inferências sobre o conjunto de variáveis sejam feitas em um nível de significância conhecido. Dentro das técnicas multivariadas, a análise de agrupamento (AA) é uma das mais utilizadas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2006; HAIR *et al.*, 2009; LOUREIRO, 2005). Sua aplicação em diversas áreas de conhecimento, em especial, na área de saúde, vem aumentando nos últimos anos (SANTOS, 2014).

A AA, conhecida como *cluster analysis*, análise Q, pode ser definida como um grupo de técnicas multivariadas que têm por finalidade agregar objetos (sujeitos da pesquisa, produtos ou outras entidades), em classes ou grupos de acordo com características semelhantes, ou seja, os objetos no grupo devem apresentar semelhanças entre si, com base em um conjunto de variáveis analisadas pelo pesquisador (sexo, religião, aprendizados adquiridos, prática profissional etc.) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2006; HAIR *et al.*, 2009; LOUREIRO, 2005).

A AA envolve algumas decisões subjetivas, entre elas, qual a técnica mais conveniente, conforme as circunstâncias. Na literatura, encontram-se vários tipos de técnicas de agrupamento, e o pesquisador deve decidir qual é a mais adequada para o seu propósito, uma vez que as diferenças técnicas podem levar a diferentes soluções.

Segundo Aldenderfer e Brashield (1984), o pesquisador deve tomar cuidado ao aplicar quaisquer procedimentos de análise de AA. Para isso, deve considerar os seguintes critérios:

- A maioria dos métodos de AA é procedimento relativamente simples que, geralmente, não tem um embasamento teórico estatístico abrangente;
- Os métodos de AA foram desenvolvidos com base em diversas disciplinas, e os vieses herdados de cada uma delas podem diferir muito entre si;

- Métodos de agrupamentos diferentes geram soluções diferentes para o mesmo conjunto de dados;

- A estratégia da análise de agrupamento busca uma estrutura, enquanto sua operação necessita de uma estrutura preestabelecida.

Para se conseguir uma estrutura com as observações mais parecidas em grupos, três questões básicas devem ser tratadas: medição de similaridade, ou seja, alguma medida similar entre os objetos; formação de agrupamentos através de soluções, examinando-se o processo para selecionar uma solução final, e determinação do número de agrupamentos no final.

3.4.1 Medição de similaridade ou dissimilaridade

A similaridade demonstra o grau de correspondência entre os objetos, considerando-se as variáveis usadas na análise. Na literatura, há vários cálculos para medir a similaridade, e sua escolha baseia-se na subjetividade do pesquisador, que deve considerar a natureza dos dados (quantitativos ou qualitativos, contínuos ou binários, nominais ou ordinais), e no conhecimento do próprio problema (HAIR *et al.*, 2009).

É importante que se reconheça que a distância métrica de um objeto (x) em relação a outro (y) é uma função f que obedece às seguintes propriedades:

1. não-negatividade: $f(x, y) \geq 0$;
2. reflexividade: $f(x, y) = 0 \iff x = y$;
3. comutatividade: $f(x, y) = f(y, x)$;
4. desigualdade triangular: $f(x, y) \leq f(x, z) + f(y, z)$, em que x , y e z são pontos arbitrários.

Tratando-se de dados contínuos, as medidas de proximidade mais utilizadas com frequência são a distância euclidiana e a distância de Manhattan, ambas são variedades da medida de Minkowski (LOUREIRO, 2005), que é calculada da seguinte forma:

$$d(A, B) = \left[\sum_{j=1}^p ((x_j(A) - x_j(B))^2) \right]^{1/n} \quad (1)$$

Onde: d se refere à distância entre A e B, e x_j às informações dos pontos que serão utilizados para determinar a semelhança. A distância euclidiana possibilita calcular a distância entre dois objetos A e B no espaço euclidiano (LOUREIRO, 2005). Da distância euclidiana, derivam-se várias outras medidas para indicar a semelhança entre os pontos A e B. O coeficiente da distância euclidiana média é uma dessas medidas e caracteriza-se pela soma das diferenças ao quadrado, dividida pelo número de coordenadas envolvidas. Nesse coeficiente, evidenciam-se propriedades interessantes, como a possibilidade de utilizá-la em casos de *missing*.

$$d(A, B) = \left[\sum ((x_i(A) - x_i(B))^2 / p) \right]^{1/2} \quad (2)$$

Outra medida derivada da distância euclidiana é a distância euclidiana padronizada, utilizada quando há variáveis com grandezas não comparáveis (anos, kg, cm):

$$Z_i = \frac{X_i - \bar{X}_i}{S_i} \quad (3)$$

Onde: X_i é a coordenada da variável, $\bar{X}_i$ e S_i , indicam, respectivamente, a média e o desvio-padrão da i -ésima coordenada. Após a padronização dos dados, a distância euclidiana é transformada em:

$$d(A, B) = [\sum ((z_i(A) - z_i(B))^2)]^{1/2} \quad (4)$$

Onde: A e B são os objetos, d se refere à distância entre os objetos, e z_i , às coordenadas ou informações das variáveis, segundo o objeto, que serão utilizadas para determinar as semelhanças.

A distância euclidiana ponderada é derivada da distância euclidiana utilizada quando se deseja dar mais peso para variáveis que o investigador julga mais importante na definição das semelhanças. Os pesos para a diagonal da matriz podem ser criados arbitrariamente ou criar uma matriz baseada em critérios estatísticos. Assim, define-se:

$$d(A, B) = [(x(A) - x(B))' B (x(A) - x(B))]^{1/2} \quad (5)$$

Os casos particulares mais importantes da distância ponderada por B são:

$B = I_p$ – quando a ponderação é a matriz de identidade, tem-se a distância euclidiana usual;

$B = [\text{diag}(S_1^2, S_2^2, \dots, S_p^2)]$, tem-se a distância das variáveis padronizadas;

$B = V^{-1}$, em que V é a matriz das covariâncias, tem-se a “distância de Mahalanobis”.

Referentes às variáveis quantitativas, existem várias outras medidas para verificar a proximidade dos objetos, que são indicadas para moldar situações especiais de interesse dos pesquisadores que apresentam algumas propriedades interessantes.

3.4.2 Técnicas de agrupamento

As técnicas de agrupamento atendem a dois critérios básicos: coesão interna dos objetos e isolamento externo entre os grupos. Na literatura, existem diversas formas de medir esses dois critérios (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; MARDIA; KEMT; BIBBY, 1989; JOHNSON; WICHERN, 1992).

Os agrupamentos podem ser formados a partir de duas diferentes técnicas:

- Técnicas de partição ou não hierárquicas: agrupam os elementos amostrais em k grupos, em que k é o número de grupos previamente fixados. Como nem todos os valores de k apresentam grupos satisfatórios, refaz-se o procedimento várias vezes até que, com os resultados gerados, os dados possam ser mais bem interpretados.
- Técnicas hierárquicas: consistem em sucessivos agrupamentos ou sucessivas divisões em que os elementos da amostra vão sendo agregados ou desagregados, produzindo uma árvore de classificação (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990). As técnicas hierárquicas podem ser divididas em dois tipos: divisivas e aglomerativas.

No agrupamento divisivo, todos os objetos partem de um único grupo e por divisões sucessivas de maneira que haja o máximo de semelhança entre os objetos dos mesmos subgrupos e a máxima dissimilaridade entre elementos de subgrupos distintos (LOUREIRO, 2005).

Nos agrupamentos aglomerativos, pode-se utilizar o coeficiente aglomerativo (CA) (ROUSSEEUW, 1986). De acordo com esse coeficiente, para cada objeto i , $d(i)$ é sua dissimilaridade em relação ao primeiro agrupamento em que foi inserido, dividido pela dissimilaridade na etapa final do algoritmo. O CA é definido a seguir:

$$CA = \frac{1}{n} \sum_i^n 1 - d(i) \quad (6)$$

Onde: n é o número total de objetos do conjunto de dados.

O CA pode alternar de 0 a 1, em que valores baixos correspondem a estruturas de agrupamentos ruins, e os valores próximos de 1 indicam que foram encontradas claras estruturas de agrupamento.

3.4.3 Métodos hierárquicos

Na literatura, vários métodos hierárquicos vêm sendo utilizados (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; HAIR *et al.*, 2009; LOUREIRO, 2005). Entretanto, os mais comuns são: ligação simples ou vizinho mais próximo; ligação completa ou vizinho mais distante; o método do centroide e o método proposto por Ward ou da variância mínima.

- Ligação simples ou vizinho mais próximo: nesse método, define-se a semelhança entre os agrupamentos como a menor distância de qualquer objeto de um agrupamento a qualquer objeto no outro. Esse método é um dos mais versáteis, pois pode definir uma grande quantidade de padrões de aglomeração. Entretanto, essa possibilidade cria problemas, porquanto o método de ligação simples pode formar longas e sinuosas cadeias com os objetos de extremos opostos de uma mesma cadeia e apresentar diferenças entre si.
- Ligação completa ou vizinho mais distante: esse método é comparável com o método da ligação simples e se difere pela forma como a semelhança entre os agrupamentos é calculada. A ligação completa baseia-se na distância máxima entre as observações em cada agrupamento. É chamado de ligação completa, porque todos os objetos em um agrupamento são conectados uns com os outros a alguma distância máxima. Esse método gera agrupamentos mais compactos e elimina o problema do método de ligação simples - o encadeamento dos objetos.
- Ligação média: com esse método, calcula-se a proximidade dos agrupamentos através da similaridade média de todos os indivíduos em um agrupamento com todos os indivíduos em outro. Esse método não depende de valores extremos, mas de todos os valores observados.
- Centroide: os agrupamentos são formados através das distâncias entre seus centroides. Os centroides são valores médios das observações sobre as

variáveis de agrupamento. Um novo centroide é calculado toda vez que um novo objeto ou grupo de objetos é acrescentado a um agregado já existente.

- Método de Ward ou da variância mínima: esse método difere dos métodos anteriores, pois a similaridade não é calculada por uma única medida, mas pela soma dos quadrados dentro dos agrupamentos feitos sobre as variáveis da AA. A seleção do par de agrupamentos que será agregado é baseada na combinação que minimiza a soma interna de quadrado no conjunto completo de agrupamentos separados.

3.4.4 Definição do número de grupos

O número de grupos na AA pode ser fixado a *priori*, se os dados forem conhecidos previamente pela comodidade do investigador ou por simplicidade. Entretanto, se se desejar ter mais certeza na determinação do número de grupos, utilizam-se alguns critérios estatísticos.

Posteriormente à formação dos grupos, para confirmar se o número dos grupos encontrados reflete uma boa separação dos dados, utiliza-se um teste de hipótese para verificar se há diferenças entre os grupos estabelecidos.

3.4.5 Validação dos agrupamentos

A validação representa a tentativa do investigador de garantir que os achados da pesquisa na solução do agrupamento sejam representativos da população geral, generalizável para outros objetos e estável com o passar do tempo (HAIR et al., 2009). A validação é definida como os diferentes procedimentos que avaliam, objetiva e quantitativamente, os resultados de uma análise de agrupamento. Há três tipos de validação de agrupamentos:

- Internos – avaliam o grau de compatibilidade entre a estrutura dos grupos observados e os dados;
- Relativos – avaliam, entre duas ou mais estruturas de grupos, qual é melhor com algum critério pré-determinado;

- Externos – avaliam a semelhança entre a estrutura do grupo formado e a estrutura esperada, mediante alguma informação adquirida a priori.

Caso o agrupamento indique três ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis será utilizado para verificar se pelo menos dois dos grupos são iguais, testando as seguintes hipóteses:

H_0 : As medianas dos grupos são iguais.

H_1 : As medianas de pelo menos dois grupos são diferentes.

A tomada de decisão nesses dois testes é realizada para verificar se o valor da estatística de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis é menor ou maior do que o valor de referência da tabela do teste correspondente. Caso o p-valor seja menor ou igual ao nível de significância adotado ($\alpha = 0,05$), rejeita-se a hipótese nula (H_0) de que as médias dos grupos são iguais. Logo, os grupos são diferentes estatisticamente.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado por meio de três ondas de inquérito (T0, T1 e T2) com indivíduos acometidos por AVE, residentes nos municípios de João Pessoa e de Cabedelo-PB, de ambos os sexos e que foram admitidos no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL), no período compreendido entre 1º de abril e 31 de maio de 2013. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto nos meses de novembro e dezembro de 2012, que objetivou conhecer previamente o andamento da pesquisa, a validação dos instrumentos de pesquisa e um treinamento visando uniformizar a aplicação das entrevistas pelos pesquisadores.

Para o estudo, o *critério de inclusão* envolveu usuários com diagnóstico de AVE isquêmico e hemorrágico, e *de exclusão*, os que não tiveram confirmação do diagnóstico de AVE durante a visita domiciliar, bem como aqueles que apresentaram déficit de comunicação verbal.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A malha amostral foi composta com base em uma listagem disponibilizada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME) e nos boletins de emergência do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL). Inicialmente, a amostra foi composta por 50 pacientes residentes nos municípios de João Pessoa e de Cabedelo-PB, acompanhados na primeira fase do estudo (T0). Desses, apenas 33 foram utilizados na construção da dissertação, devido às perdas ocorridas na aplicação da EQVE-AVE no segundo e no terceiro momentos (T1 e T2). As perdas em T1 foram devido a cinco óbitos, cinco mudanças de endereço, uma recusa em continuar no estudo e seis sujeitos incapacitados de responder às questões referentes à QV por apresentarem déficit cognitivo ou afasia. Em T2, foram ocasionadas

por dois óbitos e três mudanças de endereço, razão por que não foi possível localizar os sujeitos.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta dos dados dos sujeitos admitidos foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas – SAME do HEETSHL, semanalmente, obedecendo à escala de pesquisadores, a fim de obter o quantitativo de usuários nos meses em questão e informações de contato contidas nos boletins de emergência.

Após a alta hospitalar do indivíduo, era iniciado o prazo para a aplicação das entrevistas realizadas nos domicílios dos usuários, as quais foram feitas por uma dupla de pesquisadores, em seus respectivos tempos de aplicação: T0, até 21 dias após a alta hospitalar; T1, realizado de 90 até 105 dias após T0; T2, realizado de 90 até 105 dias após T1. Vale salientar que, antes de as entrevistas serem feitas em domicílio, era realizado um contato inicial por telefone, para apresentar os objetivos e os procedimentos da pesquisa e convidar os sujeitos e/ou seus responsáveis legais para participarem. Por ocasião da visita ao domicílio, havia a formalização por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de pesquisa, utilizou-se um formulário estruturado (APÊNDICE A) com questões relativas ao perfil sociodemográfico e clínico da pessoa com AVE, bem como itens acerca do acesso aos serviços de reabilitação e dados referentes ao controle da presença/ausência de fatores de risco. Para determinar o comprometimento pós-AVE, foi utilizada a escala de Rankin modificada, que é um instrumento de mensuração da incapacidade amplamente utilizado na avaliação da recuperação neurológica e como end-point primário em estudos clínicos para o tratamento do AVE (BRITO *et al.*, 2013; SORIANO, BARALDI, 2010). Nos casos em que os sujeitos apresentaram déficit cognitivo e/ou déficit de fala, os dados foram obtidos por meio do cuidador ou de outro informante próximo. O instrumento contém,

ainda, a escala de qualidade de vida específica para o AVE (EQVE-AVE), que foi aplicada durante as entrevistas T1 e T2, exclusivamente com os indivíduos sem déficit de comunicação verbal.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados utilizando-se a planilha eletrônica Microsoft Excel™. Em seguida, foi feita uma análise exploratória descritiva com as medidas de tendência central e dispersão e a análise de agrupamento. Técnicas inferenciais estatísticas foram utilizadas para comparar características de interesse nos grupos. Nessas aplicações, foi escolhido o *software* de estatística SPSS 20.0 *version for student*.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e aprovado com o número de protocolo (0372/12/CAEE: 06573712.9.0000.5188). Conforme regem as Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os usuários selecionados autorizaram a realização e a publicação do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi respeitada a autonomia e garantido o anonimato dos participantes, para assegurar sua privacidade quanto a dados confidenciais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 RESULTADOS

A análise exploratória dos dados foi realizada para se compreender bem mais o comportamento das variáveis analisadas no estudo. A tabela 1 descreve as características gerais da amostra, composta por 33 sujeitos acometidos por AVE.

A média de idade dos sujeitos entrevistados em T0 foi de 59,76 anos, com variação entre 15 e 81 anos, predominante nos indivíduos com até 59 anos (51,5%) e relevante na faixa etária de 60 anos ou mais (48,5%). A amostra foi predominante para o sexo feminino (57,6%). A maioria dos entrevistados (63,7%) apresentou nenhuma ou baixa escolaridade. A renda familiar per capita de até um salário mínimo foi encontrada na maior parte da amostra (93,9%), e 54,5% dos indivíduos não tinha companheiro/a.

O AVE do tipo isquêmico foi o mais referido pelos sujeitos (72,7%), e entre aqueles que declararam sequelas físicas, o comprometimento no hemisfério esquerdo (48,5%) foi superior ao direito (39,4%). A pesquisa apontou, ainda, que 63,6% dos entrevistados tiveram o primeiro episódio de AVE; 27,3%, o segundo; e 9,1% haviam sido acometidos por três ou mais episódios. Os dados sobre hipertensão chamaram a atenção, visto que 84,8% dos pacientes acometidos por AVE eram hipertensos. Já o comprometimento funcional pós-AVE, segundo a escala modificada de Rankin, afetou 81,8% dos indivíduos e, desses, 60,7% apresentaram deficiência de moderada a grave. Dos 33 indivíduos avaliados no terceiro mês, após a alta hospitalar, 20 (60,6%) tinham um cuidador para auxiliar na execução das AVDs.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos (n= 33)

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	19	57,60
<i>Masculino</i>	14	42,40
Faixa etária		
<i>Até 59 anos</i>	17	51,50
<i>60 anos ou mais</i>	16	48,50
Escolaridade		
<i>Nenhuma</i>	9	27,30
<i>Baixa</i>	12	36,40
<i>Média</i>	9	27,30
<i>Alta</i>	2	6,10
<i>Não soube informar</i>	1	3,00
Renda familiar mensal <i>per capita</i>		
<i>Até 1 salário mínimo</i>	31	93,90
<i>De 1 a 2 salários mínimos</i>	2	6,10
União estável		
<i>Possui</i>	16	48,50
<i>Não possui</i>	17	51,50
Tipo de AVE		
<i>Isquêmico</i>	24	72,70
<i>Hemorragico</i>	9	27,30
Hemicorpo acometido		
<i>Esquerdo</i>	16	48,50
<i>Direito</i>	13	39,40
<i>Ambos</i>	4	12,10
Número de acometimentos ao longo da vida		
<i>1</i>	21	63,60
<i>2</i>	9	27,30
<i>3 ou mais</i>	3	9,10
Hipertenso		
Sim	28	84,80
Não	5	15,20
Escala de Rankin		
<i>Sem sintomas</i>	6	18,20
<i>Nenhuma deficiência significativa</i>	5	15,20
<i>Deficiência leve</i>	2	6,10
<i>Deficiência moderada</i>	9	27,30
<i>Deficiência moderadamente grave</i>	9	27,30
<i>Deficiência grave</i>	2	6,10

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014.

No que se refere aos hábitos de vida, conforme descrito na Tabela 2, inicialmente, 24,2% dos pacientes consumiam bebidas alcoólicas, 21% apresentaram consumo ou vício de fumar, e 87,9% declararam-se sedentários. Depois da primeira entrevista com os sujeitos acometidos por AVE, esses valores apresentaram resultados positivos, com destaque para o etilismo, que apresentou valores de consumo de 9,1%, com uma diferença em torno de 15,1%. Já na terceira etapa (T2), os resultados continuaram sendo positivos, e o sedentarismo se destacou, porém o número dos pacientes passou de 33 para 28, devido às perdas durante a realização do estudo.

Tabela 2- Hábitos de vida

CARACTERÍSTICAS	T0		T1		T2	
	n=33	%	n=33	%	n=28	%
Etilismo						
<i>Sim</i>	8	24,2	3	9,1	3	19,7
<i>Não</i>	25	75,8	30	90,0	25	89,3
Tabagismo						
<i>Sim</i>	7	21,2	5	15,2	6	21,4
<i>Não</i>	26	78,8	28	84,8	22	78,6
Sedentarismo						
<i>Sim</i>	29	87,9	27	81,8	21	75,0
<i>Não</i>	4	12,1	6	18,2	7	25,0

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014.

Quando foi associado o grau da severidade com os escores da EQVE-AVE, nos momentos T1 e T2, constatou-se que essas correlações são significantes e negativas e refletem o fato de que o aumento do grau de severidade se reflete numa menor QV (Tabela 3).

Tabela 3- Correlação de *Spearman* entre o grau de severidade e escores da QV no momento T1 e T2

Variáveis	Correlação	Valor-p
Rankin x escore EQVE-AVE T1	- 0, 595	<0,001
Rankin x escore EQVE-AVE T2	-0,491	0,008

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014

A EQVE-AVE classificou 30,3% (n=10) e 17,9% (n=5) dos indivíduos com baixa QV (escore total <147) no terceiro e no sexto meses depois da alta hospitalar, respectivamente. Os domínios da escala mais comprometidos em ambas as avaliações foram: energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade (Tabela 4).

O teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras pareadas, adequado para essa escala, foi aplicado para avaliar a evolução dos escores por domínio e o total da QV. Verificou-se significância estatística em todos os domínios, exceto em energia, papéis sociais, personalidade e visão, com melhora, respectivamente, entre T1 e T2, com exceção de trabalho/produktividade e função da extremidade superior (Tabela 4).

Tabela 4– Evolução dos Domínios da EQVE-AVE aplicados no 3º e no 6º mês

Domínios	Média±DP		P-Valor
	T1	T2	
Energia	2,56±1,38	3,16±1,30	0,18
Papéis sociais	2,75±1,24	3,10±1,31	0,57
Papéis familiares	2,89±1,39	3,03±1,38	<0,001
Personalidade	2,89±1,45	3,08±1,45	0,13
Humor	3,20±1,06	3,45±1,08	0,00
Mobilidade	3,46±1,19	3,98±0,95	<0,001
Trabalho/produktividade	3,46±1,56	3,45±1,49	0,00
Função da extremidade superior	3,96±1,17	3,89±1,14	0,00
Memória/concentração	3,98±0,97	4,02±0,99	0,00
Linguagem	4,06±1,02	4,40±0,71	<0,001
Autocuidado	4,06±1,20	4,18±1,10	0,05
Visão	4,29±1,05	4,47±0,66	0,10

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014. Nota. DP = desvio padrão da média.

A análise dos dados por meio do teste qui-quadrado apresentou que a QV, na primeira avaliação, teve associação com o comprometimento funcional e com a existência de um cuidador. A incapacidade também foi associada a todos os domínios da EQVE-AVE, exceto à personalidade, à memória e à visão. A existência de um

cuidador teve associação estatística com as dimensões autocuidado e papéis familiares (Tabela 5).

Tabela 5– Fatores determinantes da QV após o AVE no 3º mês após a alta hospitalar (n=33)

Fator	p-valor	Domínios	p-valor
Comprometimento funcional – Rankin	0,019	E	0,02
		PF	0,03
		L	0,03
		M	0,01
		AC	0,00
		PS	0,02
		FES	0,00
		T/P	0,04
Existência de cuidador	0,023	PF	0,02
		AC	0,05

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014.

Nota. E-Energia, PF-Papéis Familiares, L-Linguagem, M-Mobilidade, H-Humor, P-Personalidade, AC-Autocuidado, PS-Papéis Sociais, M/C-Memória/Concentração, FES-Função da Extremidade Superior, V-Visão, T/P-Trabalho/Produtividade, T-Escore Total.

A segunda avaliação da QV mostrou que ela esteve associada à faixa etária e à existência de um cuidador, que apresentou associações com os domínios papéis familiares, mobilidade, personalidade, papéis sociais, função da extremidade superior e trabalho/produtividade, e a faixa etária, com as dimensões humor e papéis familiares (Tabela 6).

Tabela 6– Fatores determinantes da QV após o AVE no 6º mês após a alta hospitalar (n=28)

Fator	p-valor	Domínios	p-valor
Existência de cuidador	0,017	PF	0,00
		M	0,01
		P	0,03
		PS	0,03
		FES	0,04
		T/P	0,00
Faixa etária	0,045	PF	0,03
		H	0,03

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014.

Nota. E-Energia, PF-Papéis Familiares, L-Linguagem, M-Mobilidade, H-Humor, P-Personalidade, AC-Autocuidado, PS-Papéis Sociais, M/C-Memória/Concentração, FES-Função da Extremidade Superior, V-Visão, T/P-Trabalho/Produtividade, T-Escore Total.

De acordo com a topografia social da cidade de João Pessoa (BRASIL, 2009), suas áreas de moradia foram classificadas quanto à vulnerabilidade em: nenhuma, baixa, média e alta, conforme as situações sociais, culturais, políticas, étnicas, econômicas, educacionais e de saúde de vida da população. Em relação às características demográficas das residências dos acometidos, 27 (81,82%) dos pacientes deste estudo acometidos por AVE residem nas periferias urbanas, enquanto seis (18,18%) são residentes de regiões não periféricas, tais como regiões litorâneas e centrais. Do total de 33 sujeitos, 18 (54,5%) residem em áreas de alta vulnerabilidade social, nove (27,3) correspondem a áreas de média vulnerabilidade, e seis (18,2%), a áreas de baixa vulnerabilidade. Quando se relaciona o comprometimento da QV com as áreas de moradia, constata-se que a maioria dos pacientes reside em regiões periféricas e de alta vulnerabilidade social.

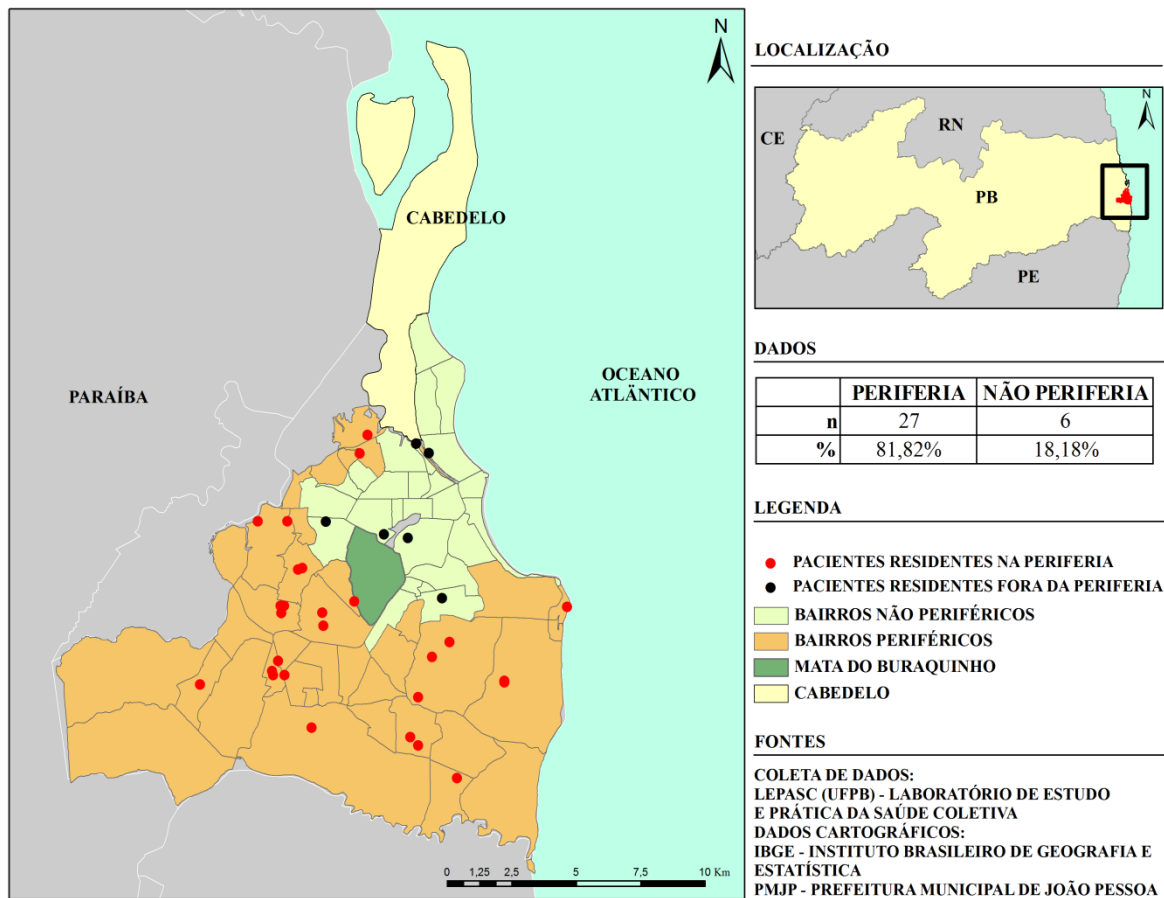
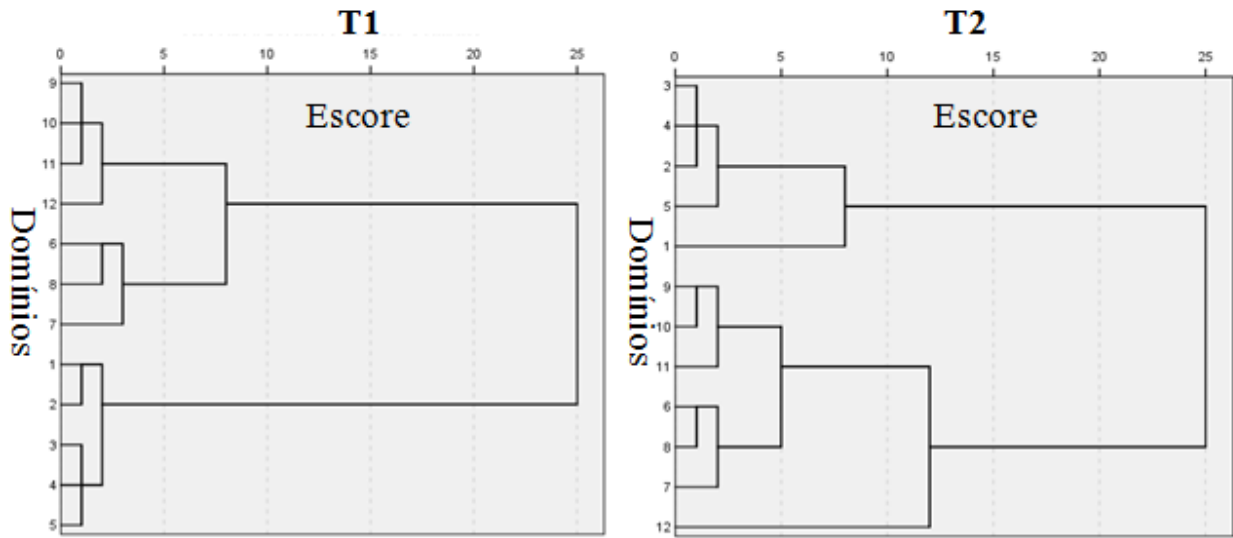


Figura 1 - Distribuição espacial da amostra dos pacientes acometido por AVE na cidade de João Pessoa-PB

Na análise de agrupamento (AA), a métrica utilizada foi a euclidiana, e o método, de agrupamento *AverageLinkage* (Ligação Média). Assim, podem-se dividir os dendrogramas da figura 2 em grupos, conforme mostra a tabela 7. No período T2, os domínios 1 e 12, que correspondem à visão e à energia, ficaram isolados em relação ao período T1. Isso significa que a visão e a energia foram os domínios que mais se destacaram entre esses períodos na evolução do AVE.

Quanto ao teste estatístico Mann-Whitney, não apresentou evidência estatística de que o grau de severidade seja diferente nos tipos de AVEs isquêmicos e hemorrágicos no período T0, uma vez que seu valor p foi igual a 0,958, o que resultou em não rejeição da hipótese nula de igualdade das medianas dos dois grupos comparados.

Figura 2- Dendograma de qualidade de vida utilizando ligação média dos domínios

1= visão, 2= Autocuidado; 3= Memória - Concentração; 4= Linguagem; 5= Função de MMSS; 6= Humor; 7= Trabalho/produtividade; 8= Mobilidade; 9= Papeis Sociais; 10= Personalidade; 11= Papeis Familiares; 12= Energia.

Tabela 7 - Agrupamento dos Domínios

Períodos	Grupos	Médias	Ordens
T1	G1={1, 2, 3, 4, 5};	4,07	1º
	G2={6, 7, 8};	3,38	2º
	G3= {9, 10, 11, 12}	2,78	3º
T2	G1={1};	4,48	1º
	G2={2, 3, 4, 5};	4,123	2º
	G3={6, 7, 8};	3,63	3º
	G4={9, 10, 11};	3,07	5º
	G5={12}	3,17	4º

Fonte:Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013 - 2014.

5.2 DISCUSSÃO

De acordo com os dados referentes às características gerais da amostra, o sexo feminino foi superior ao sexo masculino, o que demonstra uma contradição em relação aos recentes estudos da literatura (MAZZOLA *et al.*, 2007; RODRIGUES *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2014; SCALZO *et al.*, 2010). Neste estudo, chama a atenção o fato de

54,55% dos sujeitos acometidos estarem na faixa etária inferior a 60 anos de idade, provavelmente ainda ativos economicamente, o que revela um importante acometimento em indivíduos ainda não considerados idosos, com grandes repercussões para a vida dessas pessoas e para a sociedade onde vivem.

No que se refere à escolaridade, parte significativa da amostra apresenta baixa ou nenhuma escolaridade, sendo que 93,9% têm renda familiar per capita de até um salário mínimo, o que corrobora pesquisas já realizadas (RANGEL *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2012). Por esse motivo, pode-se justificar a baixa escolaridade e a renda familiar per capita, a carência de medidas preventivas e/ou dificuldade de acesso à informação e ao tratamento para a reabilitação, porque, apesar de esses sujeitos conseguirem ter acesso aos serviços da rede pública, seu deslocamento para o serviço de reabilitação representa um custo elevado.

Neste estudo, a maioria (51,5%) não tinha união estável, diferentemente dos dados apresentados por Cavalcante *et al.* (2010), Costa *et al.* (2011) e Mendes *et al.* (2011), em cujos estudos a maioria dos indivíduos acometidos pelo AVE eram casados ou com algum tipo de união estável. Esses valores podem servir de alerta devido à susceptibilidade desses indivíduos à falta de apoio durante o processo de reabilitação.

Em relação ao tipo de AVE, assim como relatado na literatura (OMS, 2003; RODRIGUES *et al.*, 2013), a predominância do tipo isquêmico (72,7%) foi encontrada neste estudo, em que a maioria dos acometidos por AVE declarou ser hipertensa (84,8%). Entre as principais doenças cardiovasculares associadas à hipertensão arterial sistêmica, estão as doenças isquêmicas do coração e o AVE (SBC, 2010). De acordo com alguns estudos (RIBEIRO *et al.*, 2012; MOTA, NICOLATO 2008), houve um maior comprometimento no hemicorpo esquerdo dos indivíduos acometidos por essa patologia.

Apesar de a maior parte dos entrevistados (63,6%) ter apresentado o AVE pela primeira vez, assim como aconteceu a pesquisa desenvolvida por Monteiro *et al.* (2013), é significativo o número de pessoas que apresentaram AVE recorrente. Segundo a OMS (2003), quase um terço de todos os AVEs ocorre em pacientes que já tiveram um AVE, e cerca de 15% são precedidos por AITs. A recorrência desses eventos cerebrovasculares contribui substancialmente para o agravamento da situação clínica e

funcional dos pacientes. Esses dados revelam que são necessárias ações educativas para controlar os fatores de risco e prevenir novos episódios.

No que diz respeito às características demográficas das residências, 81,82% dos pacientes acometidos por AVE residem nas periferias urbanas, portanto, mais distantes do atendimento hospitalar. Dessas, 54,5% eram áreas de alta vulnerabilidade social, o que implica dizer que a maioria dos acometidos vive em situações sociais, culturais, políticas, étnicas, econômicas, educacionais e de saúde diferentes de outras pessoas que residiam em áreas de baixa ou com nenhuma vulnerabilidade.

Quanto aos hábitos de vida, o estudo mostrou que, dentre as características, destacaram-se os sujeitos que declararam ser sedentários (87,9%), com elevadas taxas, assim como estudos realizados por Oliveira, Bubach e Fregeler (2009), com 70,4%, e Cenatti et al (2013), com 69%.

Subentende-se, então, que a conscientização das pessoas, principalmente as residentes em áreas periféricas e de mais vulnerabilidade social, em relação ao cuidado com alimentação adequada, exercícios físicos regulares e controle da pressão arterial sistêmica podem ser medidas preciosas para se evitar o acometimento pelo AVE. Enfatiza-se, assim, a importância do acompanhamento aos hipertensos cadastrados pelas equipes de saúde da família (ESF), no sentido de orientar e apoiar essas ações para controlar a hipertensão e, conseqüentemente, melhorar a QV desses sujeitos acometidos por AVE.

A EQVE-AVE tem sido utilizada em diversos estudos, visando facilitar a compreensão do impacto do AVE na vida dos acometidos (RANGEL *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2008; NETO 2007; OLIVEIRA, ORSINI 2009). Neste estudo, ela indicou que, no terceiro mês, depois da alta hospitalar, 30,3% dos indivíduos tiveram baixa QV. Porém essa proporção foi reduzida para 17,9% no sexto mês após a alta hospitalar. Apesar desses resultados, a média do escore apresentou boa QV na amostra em ambas as avaliações, enquanto Rangel et al (2013) observaram o pior nível de QV em um estudo realizado com 139 pacientes. Esse estudo apresentou os piores níveis de QV em relação a esta pesquisa e aos demais estudos (SCHWAB-MALEK *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2014; SCALZO *et al.*, 2010; MOTA *et al.*, 2008; NETO 2007; OLIVEIRA, ORSINI 2009). Mota e Nicolato (2008), apesar de encontrarem uma grande variação nos

métodos e nos instrumentos empregados em revisão de literatura, observaram que, de modo geral, os sujeitos pós-AVE apresentavam uma QV pior do que os que não sofreram o evento.

Pode-se observar uma melhora nos domínios da EQVE-AVE mobilidade, papéis familiares, humor, memória/concentração, linguagem e autocuidado (Tabela 2). A Tabela 4 mostra que, em T1, o comprometimento funcional afetou a QV, enquanto que, em T2, isso não aconteceu (Tabela 5), ou seja, há uma coerência entre esses achados que revela a evolução da funcionalidade nesse período. Esse resultado está de acordo com o estudo desenvolvido por Cirstea e Levin (2007), em que a funcionalidade foi mais comprometida até o sexto mês e melhorou a partir desse período.

Por outro lado, houve uma piora nos domínios da função da extremidade superior e trabalho/produtividade. Somente 50 a 70% dos indivíduos que sobreviveram a um AVE adquirem independência funcional (CAVACO-ALOUICHE, 2010), e a função motora mais afetada nesses indivíduos é a do membro superior. A função do braço é alterada, em um primeiro momento, em 73 a 88% dos sobreviventes, sendo que 55 a 75% continuam com alteração na função, e isso dificulta a execução das AVDs durante três a seis meses depois do AVE (CIRSTEA-LEVIN, 2007).

Os domínios da escala mais comprometidos, segundo a EQVE-AVE, tanto em T1 quanto em T2, foram energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Rangel et al (2013), que tiveram as mesmas dimensões como mais afetadas, acrescidas de mobilidade, trabalho e função do membro superior. Porém, quando foram agrupados por similaridade, como mostra a tabela 6, em T2, os domínios 1e 12, que correspondem à visão e à energia, ficaram isolados em relação ao período T1, mostrando mudança na percepção da QV e, conseqüentemente, um aumento do número de grupos no terceiro período, quando comparado com o segundo.

A energia foi um dos domínios mais comprometidos tanto em T1 quanto em T2, no entanto, todos apresentaram uma média melhor, em relação ao primeiro momento, mostrando um aumento na percepção da QV. Porém essas médias não foram similares aos demais domínios, sendo apresentadas isoladamente.

As associações realizadas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os escores totais e por domínio da EQVE-AVE revelaram a existência de associações dos diversos aspectos da QV com a faixa etária, a existência de cuidador e a gravidade do AVE avaliada por meio da escala modificada de Rankin. Em estudo realizado por Singhpoo et al (2012), a avaliação da QV, por meio do SF-36, revelou que o aumento da faixa etária e a elevada severidade resultam em má QV para os pacientes ambulatoriais pós-AVE. Entretanto, Gunaydinet al (2011) asseveram que a falta de diferenças entre os pacientes com AVE geriátricos e não geriátricos em relação à QV tem sugerido que a idade não tem influência sobre ela e que a depressão, que afeta pacientes idosos ou não, pode comprometer a QV de ambos os grupos.

O'Sullivan e Schmitz (2010) afirmam que, dentre os sobreviventes do AVE, cerca de um terço torna-se dependente para fazer as AVDs. Os dados desse estudo mostraram que 60,7% dos indivíduos tiveram deficiência entre moderada a grave, o que implica que a maioria dos avaliados apresentava graus variados de dependência funcional. Verificou-se, nesta pesquisa, uma relação inversamente proporcional entre o grau de comprometimento da funcionalidade do paciente e a qualidade de sua vida, em conformidade com o que foi evidenciado nos estudos de Scalzoet al.²⁰ e Mota e Nicolato²⁶. Esse comprometimento, além de provocar um aumento da dependência dos sujeitos aos cuidados de familiares, pessoas próximas e dos serviços de saúde, afeta as diversas dimensões da vida da pessoa acometida, com prejuízo na qualidade de sua vida.

Entendendo-se como cuidador a pessoa - membro da família ou não - que assumiu a responsabilidade de zelar pelo bem-estar do paciente (CORDOVA *et al.*, 2007), a maioria dos indivíduos deste estudo tinha cuidadores, o que corrobora os estudos de Ribeiro et al (2012) e Araújo et al (2012). Isso é explicado facilmente porque a maioria dos participantes deste estudo estava com a capacidade de executar as AVDs prejudicada. Rangel et al (2013) relataram que os pacientes dependentes de cuidadores para as AVDs apresentam pior QV nos domínios específicos da EQVE-AVE. Grande parte dos cuidadores encontrados neste estudo eram amigos ou familiares (92,3%), do sexo feminino (48,5%) e que não eram remunerados para tal, o que pode ter influenciado as relações familiares devido à sobrecarga gerada por essa função.

Dentre os 33 indivíduos avaliados pela escala de Rankin modificada, 45% dos 20 indivíduos que apresentaram pontuação 3-5 tiveram baixo nível de QV, enquanto apenas 7,7% dos 13 que apresentaram pontuação de Rankin 0-2 tiveram o mesmo nível de QV. Da mesma forma, em estudo anterior (SCHWAB-MALEK, 2010), também foram encontrados indivíduos funcionalmente independentes, mas com QV prejudicada. Isso reafirma a multidimensionalidade do termo QV e a interligação entre os diversos aspectos avaliados por meio da EQVE-AVE.

Apesar do aumento na média dos escores entre cada uma das avaliações, a evolução da QV avaliada pelo teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras pareadas mostrou que houve significância estatística em todos os domínios, exceto em energia, papéis sociais, personalidade e visão (Tabela 4).

Alguns autores têm mencionado a presença de depressão ou de seus sintomas nos pacientes que tiveram um AVE (MOTA; NICOLATO, 2008; RANGEL, 2013), associada ao sexo feminino e à idade avançada. Apesar de este estudo não ter avaliado esse aspecto, foi possível observar que as pessoas que não tinham companheiro, idosas e do sexo feminino apresentaram baixo nível de QV e o domínio humor associado a esses fatores. Segundo Schwab-Malek et al (2010), o sexo feminino foi independentemente associado a sintomas depressivos, mas não à má QV.

Diante desse contexto, chama a atenção o fato de grande parte dos indivíduos acometidos por AVE ter as principais dimensões da QV afetadas, o que lhes proporciona uma vida menos equânime, em que o isolamento social é uma realidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo deu informações dos indivíduos com AVE sobre sua QV e a relação dessa variável com algumas características deles. Os resultados indicam que é preciso cuidar da doença, mas, sobretudo, melhorar a QV dessas pessoas. O conhecimento dos sinais precoces de um acometimento por AVE deve ser enfatizado em termos de políticas públicas e de gestão em saúde, de modo que a população tenha capacidade de prevenir ou, pelo menos, amenizar as consequências desse acometimento.

Nos resultados aqui obtidos, ficou evidente que as consequências do AVE afetam as principais dimensões da QV, e esses indivíduos são limitados a usufruir das atividades que um indivíduo saudável desempenha, o que pode levá-lo a uma condição de isolamento social. Os domínios da escala mais comprometidos, segundo a EQVE-AVE, tanto em T1 quanto em T2, foram energia, papéis sociais, papéis familiares e personalidade. Já o comprometimento funcional pós-AVE, de acordo com a escala modificada de Rankin, afetou 81,8% dos indivíduos; dos quais, 60,7% apresentaram deficiência de moderada a grave, que interfere diretamente na QV dos pacientes, dos familiares mais próximos e da sociedade onde esses indivíduos vivem. A QV esteve associada à gravidade do AVE e registrou a relação inversamente proporcional entre o grau de comprometimento da funcionalidade do paciente e a qualidade de sua vida.

Com a utilização de AA, foi possível observar mudanças de percepção quanto aos domínios da EQVE-AVE no terceiro momento (T2). Essas mudanças agruparam os domínios por similaridades de acordo com a média dos escores da qualidade de vida.

Uma limitação do estudo foi o tamanho amostral, visto que se tratava de um estudo longitudinal, com perdas inevitáveis durante seu desenvolvimento. Portanto, é importante realizar novos estudos, com uma amostra maior, para se compreender bem mais a relação das variáveis analisadas e relacionar a QV com outros fatores que possam estar prejudicados por manifestações provocadas pelo AVE, como a diabetes e certas patologias de visão que acompanham a idade mais avançada. Essa é uma forma de contribuir para melhorar a atenção voltada para os indivíduos acometidos por AVE.

Os conhecimentos adquiridos neste estudo poderão contribuir para se compreender bem mais o impacto da doença na vida do indivíduo, agregar benefícios, em termos de políticas públicas e de gestão em saúde, e subsidiar uma tomada de decisão melhor, na criação de estratégias para usuários que foram acometidos por AVE, no sentido de melhorar a qualidade de vida após o evento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. A. *et al.* Estabilidade em análise de agrupamento: estudo de caso em ciência florestal. v. 30, n. 2, p. 257–265, 2006.
- ALVES, E. D.; MENDES, H. F. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM SEQUELA DE AVE – Estudo de Caso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 2, p. pag. 463–474, 2011.
- BARBOSA, K. A. Q. **ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): ACESSIBILIDADE À REABILITAÇÃO**. Campina Grande - PB: UEPB, 2012.
- BARBOSA, M. A. R. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 7, n. 6, dez. 2009.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Política nacional de saúde para pessoa portadora de deficiência. Disponível em:
<<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/viewFile/134/128>> Acesso em 17 de novembro de 2014.
- BRITO, R. G. *et al.* Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Neurocienc.**, v. 4, n. 21, p. 593–599, 2013.
- BUSSAB, W.O; MIAZAKI, E. S.; ANDRADE, D. F. Introdução à Análise de Agrupamento. Associação Brasileira de Estatística (ABE). 9º Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística. São Paulo, 1990.
- CABRAL, D. L. **Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde de Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico**. Recife: UFPE, 2011.
- _____. Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1313–1322, maio 2012.
- CANEDA, M. A. G. DE *et al.* Reliability of neurological assessment scales in patients with stroke. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 64, n. 3A, p. 690–697, set. 2006.
- CAVACO, N. S.; ALOUCHE S. R. Instrumentos de avaliação da função de membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. **Fisioter Pesq.** v. 17, n. 2, p. 178-183, 2010.

CAVALCANTE, T. F. et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 1-6, 2010.

CENATTI, J. L. et al. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v.2, n.1, p.21-31, 2013.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143–50, jun. 1999.

COSTA, D. C. A. **Qualidade de Vida Pós-AVC**. Porto: ICBAS, 2003.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 1341-1348, 2011.

CIRSTEA, M. C.; LEVIN, M. F. Improvement of arm movement patterns and endpoint control depends on type of feedback during practice in stroke survivors. **Neurorehabil Neural Repair**. v. 21, p. 398-411, 2007.

DOI, K. Y.; TURCHIARI, M. A.; STOPIGLIA, M. O impacto do acidente vascular encefálico na qualidade de vida dos pacientes acompanhados em uma clinica de fisioterapia universitária. **Rev InstCiêncSaúde**, v. 1, n. 25, p. 23–8, 2007.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. The international classification of functioning, disability and health: concepts, uses and perspectives. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, jun. 2005.

FERNANDES, C. A.; VASCONCELOS, L. A. P. Reabilitação Vestibular após Acidente Vascular Cerebral: Relato de Casos. **Rev. Neurocienc.**, v. 20, n. 4, p. 560–566, 2012.

FURINI, V; ORÉFICE R. S. R.; LARAIA, S. E. M.; SOARES, N. C. Avaliação do equilíbrio estático orientado pelo desempenho de portadores de acidente vascular encefálico. **Ter Man.**, v 27, n. 6, p. 303-306, 2008.

GUNAYDIN, R. et al. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 53, p. 19-23, 2011.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6. Ed. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. **Apliedmultivariatestatisticalanalysis**. Prentice-hall. Inc. 1992.

LIMA, R. C. M. **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE – SSQOL: Um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de hemiplégicos**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

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**, v. 12, n. 2, p. 140–56, abr. 2008.

LOUREIRO, J. A. **Técnicas de Agrupamento de dados na mineração de dados químicos**. Recife: UFPE, 2005.

MARDIA, K. V.; KEMT, J. T.; BIBBY, J. M. **Multivariate analysis**. Academicpress, New York: 1989.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. Departamento de Saúde Ambiental: USP, 2002.

MAZZOLA, D. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.20, n.1, p. 22-7, 2007.

MENDES, L. M. et al. Estado cognitivo dos usuários com AVE na atenção primária à saúde em João Pessoa – PB. **Acta Fisiatr.** v. 18, n. 4, p. 169-174, 2011.

MONTEIRO, R. B. C. et al. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2017–2027, jul. 2013.

MOTA, J.F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular encefálico: instrumentos de avaliação e seus resultados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.2, p.148-56, 2008.

NETO, M. G. **Aplicação da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE) em Hemiplégicos Agudos: Propriedades Psicométricas e sua Correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.17, n. 3, p. 383-7, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. 5^a.ed. São Paulo: Manole, 2010.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, mar/abr2013.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 4, n. 1, p. 648–660, ago. 2011.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Acesso à reabilitação no pós-avc na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 699–712, 2012.

RODRIGUES, E.S.R. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônia**, v.1, n.2, p. 21-8, 2013.

ROUSSEUW, P. A visual display for hierarchical classification. *n. Data Analysis and Informatics*, p. 743–748, 1986.

SANTOS, D. G. *et al.* Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequela de AVC após tratamento na piscina terapêutica, utilizando o teste TimedUpand Go. **Einstein**, v. 9, n. 3, p. 302–6, 2011.

SANTOS, R. N. L. C. **A INTEGRALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. João Pessoa: UEPB, 2014.

SBC. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.95, Supl. 1, p. 1-51, 2010.

SCALZO, P. L. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **RevNeurocienc**, v. 18, n. 2, p 139-144, 2010.

SCHWAB-MALEK, S. *et al.* Depressive symptoms and quality of life after thrombolysis in stroke: the TEMPiS study. **JournalofNeurology**, v.257, n.11, p.1848-54, 2010.

SORIANO, F. F. S.; BARALDI,K. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **ConScientiae Saúde**, v. 3, n. 9, p. 521–530, 2010.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. R. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo - período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230–239, dez. 2010.

SINGHPOO, K. et al. Factors Related to Quality of Life of Stroke Survivors. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**. v. 17, p. 776-781, 2012.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Acta Fisiátrica**, v. 7, p. 108–18, 2000.

_____. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 4, p. 905–914, ago. 2004.

VELOSO, F. *et al.* UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA A PORTADORES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA. **Rev. Saúde. Com.**, v. 3, n. 1, p. 55–63, 2007.

WAJCHEMBERG, M. et al. Early rehabilitation of athletes using hydrotherapy after surgical treatment of lumbar disc herniation: preliminary report of three cases. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 10, n. 2, p. 48–57, jun. 2002.

ZAMBERLAN, A. L.; KERPPERS, I. I. Mobilização Neural como um Recurso Fisioterapêutico na Reabilitação de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico – Revisão. **Revista Salus**, v. 1, n. 2, 15 abr. 2010.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Prezado (a) Senhor (a):

Esta pesquisa intitula-se “A Funcionalidade e o Acesso aos Serviços de Reabilitação de Sujeitos Pós-AVC: Um Estudo Longitudinal” e está sendo desenvolvida pela Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. O objetivo deste estudo é analisar a funcionalidade de pessoas com sequelas de AVC, em conformidade com o acesso que elas tenham tido à reabilitação, uma vez que muitas pessoas não conseguem acesso a esse serviço e, em consequência disso, apresentam muitas dificuldades funcionais.

Os resultados deste estudo deverão contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços de reabilitação nesse contexto, bem como, para a discussão sobre a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento através dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados desta pesquisa será realizada por meio da aplicação de um formulário a ser preenchido pelo pesquisador a partir do prontuário do paciente e por meio de visitas no domicílio do mesmo. O instrumento de pesquisa investigará questões sobre o perfil do usuário com AVC e itens para analisar a funcionalidade e a qualidade de vida. Solicitamos a sua colaboração para realizar entrevistas com os pesquisadores participantes para preenchimento deste formulário.

As informações colhidas com esse instrumento poderão ser utilizadas em publicações futuras, sendo que a identificação dos pesquisados manter-se-á em sigilo em qualquer publicação. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os participantes do estudo não terão qualquer tipo de despesa.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que recebe ou venha a receber na Instituição.

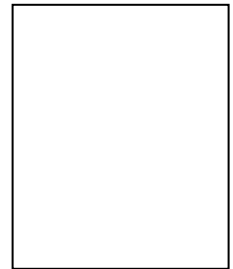
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ao final da pesquisa serão oferecidos esclarecimentos e informações a respeito das conclusões do estudo para os interessados.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador (a) Responsável

Assinatura da Testemunha



Apêndice B – Instrumento do Estudo

INSTRUMENTO DE PESQUISA
PIBIC/UFPB/PPGMDS - FISIOTERAPIA
 A FUNCIONALIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE
 REABILITAÇÃO DE SUJEITOS PÓS- ACIDENTE VASCULAR
 ENCEFÁLICO (AVE): UM ESTUDO LONGITUDINAL

**Instrumento T0 (a ser realizado em até 21 dias
 após a alta hospitalar)**

1. Nº:
2. Pesquisador responsável:
3. Data da coleta no hospital:
4. Data da admissão hospitalar:
5. Nome:
6. Endereço:
7. Data de Nascimento:
8. Idade: _____ anos
9. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
10. Telefone 1:
 Telefone 2:
 Telefone 3:
 Telefone 4:
11. Tipo de AVE: (1) Isquêmico (2) Hemorrágico (97) NS
12. Lado do corpo afetado pelo AVE: (1) Direito (2)
 Esquerdo (3) Ambos (97) NS

13. Data da entrevista (T0):
14. Data da alta hospitalar:
15. Etnia: (1) Negro (2) Mulato (3) Moreno (4) Branco
 (5) Indígena (6) Amarelo
16. Informante: (1) Usuário (2) Cuidador (3) Ambos
17. Alfabetizado: (1) Sim (2) Não
18. Escolaridade: (0) Nenhuma escolaridade completa
 (1) Baixa (2) Média (3) Alta (97) NS (98) NR
19. Profissão:
 (1) Braçal (2) Não Braçal (97) NS (98) NR (99) NA
20. Ocupação: (1) Ativo (2) Inativo (97) NS (98) NR
21. Recebe algum benefício da previdência social?
 (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NR
22. Renda da Casa: _____ reais/mês
23. União Estável: (1) Sim (2) Não
24. Quantas pessoas moram na casa (Incluindo o usuário)?
 _____ pessoas

CONDIÇÕES DE SAÚDE (T₀)

25. Tempo transcorrido dos primeiros sinais/sintomas do
 AVE até o atendimento médico: _____ horas
26. Primeiro atendimento realizado: (1) Pré-hospitalar (2)
 Hospitalar
27. Quantas vezes o sr(a) foi acometido pelo AVE ao longo
 da vida: _____ vezes

28. Fatores de risco cerebrovasculares conhecidos:

28.1	HAS	(1) sim	(2) não	(99)	
28.2	Doença Cardíaca	(1) sim	(2) não	(99)	
28.3	Diabetes Mellitus	(1) sim	(2) não	(99)	
28.4	Dislipidemia	(1) sim	(2) não	(99)	
28.5	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99)	
28.6	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99)	
28.7	AVC ou AIT prévios	(1) sim	(2) não	(99)	
28.8	Fibrilação atrial	(1) sim	(2) não	(99)	
28.9	IAM ou Cirurgia cardíaca	(1) sim	(2) não	(99)	

29. Uso de Medicamentos:

30. Hábitos de Vida:

30.1	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
30.2	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
30.3	Sedentarismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
30.4	Outros	(1) sim	(2) não	(99) NA	

31. PAS: _____ mmHg

32. PAD: _____ mmHg

33. PA: (1) Controlada (2) Não Controlada

ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO (T₀)

34. Foi removido para outro hospital: (1) Sim (2) Não

34.1 Qual:

(NA) 99

35. Durante o período que o sr(a) esteve internado recebeu algum atendimento de reabilitação no hospital?

35.1	Fisioterapia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
35.2	Fonoaudiologia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
35.3	T Ocupacional	(1) sim	(2) não	(99) NA	
35.4	Psicologia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
35.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

36. Na ocasião da alta hospitalar, o sr (a) recebeu algum encaminhamento escrito para procurar um serviço de reabilitação, quer dizer, para a fisioterapia, para a fonoaudiologia, para a terapia ocupacional ou para a psicologia?

36.1	Fisioterapia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
36.2	Fonoaudiologia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
36.3	T Ocupacional	(1) sim	(2) não	(99) NA	
36.4	Psicologia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
36.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL PÓS-AVC – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (T₀)

0	Sem sintomas	
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito dos sintomas	Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais.
2	Leve deficiência	Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência.
3	Deficiência moderada	Requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador).
4	Deficiência moderadamente grave	Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência.
5	Deficiência grave	Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem.
6	Óbito	

37. CLASSIFICAÇÃO RANKIN: _____



INSTRUMENTO DE PESQUISA
PIBIC/UFPB/PPGMDS - FISIOTERAPIA
 A FUNCIONALIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE
 REABILITAÇÃO DE SUJEITOS PÓS- ACIDENTE
 VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): UM ESTUDO
 LONGITUDINAL

Nº: Pesquisador responsável:

Data da entrevista de T0:

Instrumento T1 (a ser realizado de 90 até 105 dias após T0)

56. Data da entrevista do T1:

CONDIÇÕES DE SAÚDE (T1)

57. Fatores de risco cerebrovasculares conhecidos:

57.1	HAS	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.2	Doença Cardíaca	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.3	Diabetes Mellitus	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.4	Dislipidemia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.5	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.6	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.7	AVC ou AIT prévios	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.8	Fibrilação atrial	(1) sim	(2) não	(99) NA	
57.9	IAM ou Cirurgia cardíaca	(1) sim	(2) não	(99) NA	

58. Uso de Medicamentos:

59. Hábitos de Vida:

59.1	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
59.2	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
59.3	Sedentarismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
59.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

60. PAS: mmHg

61. PAD: mmHg

62. PA: (1) Controlada (2) Não Controlada

CUIDADOR (T1)

63. Possui Cuidador: (1) Sim (2) Não (97) NS (98) NR (99) NA

64. Idade do Cuidador: anos

65. Sexo do Cuidador: (1) Masculino (2) Feminino (99) NA

66. Vínculo com o cuidador: (1) Formal (2) informal (3) NS (4) NR (5) NA

67. Caracterização do vínculo:

67.1	Esposa(o)	(1) sim	(2) não	(99) NA	
67.2	Filho(a)	(1) sim	(2) não	(99) NA	
67.3	Nora/genro	(1) sim	(2) não	(99) NA	
67.4	Neto (a)	(1) sim	(2) não	(99) NA	
67.5	Sobrinho (a)	(1) sim	(2) não	(99) NA	
67.6	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO (T1)
PARA OS QUE TIVERAM ENCAMINHAMENTO NA ALTA
HOSPITALAR

FISIOTERAPIA (com encaminhamento na alta hospitalar)

68. O sr (a) teve acesso ao serviço de fisioterapia após encaminhamento da alta hospitalar?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

69. Após o encaminhamento, quanto tempo o sr (a) levou para ter acesso ao serviço de fisioterapia deste encaminhamento da alta hospitalar? _____ semanas
(97) NS (98) NR (99) NA

70. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de fisioterapia deste encaminhamento da alta hospitalar?

70.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)
70.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)
70.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)
70.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)
70.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

71. Se já iniciou o tratamento, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

72. Qual a frequência do tratamento? _____ dias por semana
(97) NS (98) NR (99) NA

73. Em que local está sendo realizado o tratamento?

73.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA
73.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA
73.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA
73.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA

74. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

74.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)
74.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)
74.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)
74.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)
74.5	Outros	(1) sim	(2) não	(99)

75. Está em tratamento fisioterapêutico atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

FONOAUDIOLOGIA (com encaminhamento na alta hospitalar)

76. O sr (a) teve acesso ao serviço de fonoaudiologia após encaminhamento da alta hospitalar?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

77. Após o encaminhamento, quanto tempo o sr (a) levou para ter acesso ao serviço de fonoaudiologia deste encaminhamento da alta hospitalar? _____ semanas
(97) NS (98) NR (99) NA

78. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de fonoaudiologia deste encaminhamento da alta hospitalar?

78.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)
78.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)
78.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)
78.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)
78.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

79. Se já iniciou o tratamento de fonoaudiologia, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

80. Qual a frequência do tratamento de fonoaudiologia? _____ dias por semana
(97) NS (98) NR (99) NA

81. Em que local está sendo realizado o tratamento de fonoaudiologia?

81.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA
81.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA
81.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA
81.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA

82. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

82.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)	
82.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)	
82.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)	
82.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)	
82.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

83. Está em tratamento fonoaudiológico atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

TERAPIA OCUPACIONAL (com encaminhamento na alta hospitalar)

84. O sr (a) teve acesso ao serviço de terapia ocupacional após encaminhamento da alta hospitalar?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

85. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de terapia ocupacional deste encaminhamento da alta hospitalar?
_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

86. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de terapia ocupacional deste encaminhamento da alta hospitalar?

86.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)	
86.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)	
86.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)	
86.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)	
86.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

87. Se já iniciou o tratamento de terapia ocupacional, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

88. Qual a frequência do tratamento de terapia ocupacional? _____ dias por semana
(97) NS (98) NR (99) NA

89. Em que local está sendo realizado o tratamento de terapia ocupacional?

89.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA	
89.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA	
89.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA	
89.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

90. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

90.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)	
90.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)	
90.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)	
90.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)	
90.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

91. Está em tratamento de terapia ocupacional atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

PSICOLOGIA (com encaminhamento na alta hospitalar)

92. O sr (a) teve acesso ao serviço de psicologia após encaminhamento da alta hospitalar?
(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

93. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de psicologia deste encaminhamento da alta hospitalar?
_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

94. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de psicologia deste encaminhamento da alta hospitalar?

94.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)	
94.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)	
94.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)	
94.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)	
94.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

95. Se iniciou o tratamento de psicologia, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

96. Qual a frequência do tratamento de psicologia? _____ dias por semana
(97) NS (98) NR (99) NA

97. Em que local está sendo realizado o tratamento de psicologia?

97.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA	
97.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA	
97.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA	
97.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

98. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

98.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)	
98.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)	
98.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)	
98.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)	
98.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

99. Está em tratamento de psicologia atualmente?
(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

PARA OS QUE TIVERAM ENCAMINHAMENTO APÓS A ALTA HOSPITALAR

FISIOTERAPIA (sem encaminhamento da alta hospitalar)

100. O sr(a) recebeu algum encaminhamento para a fisioterapia?
(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

101. Após quanto tempo da alta hospitalar você recebeu esse encaminhamento para fisioterapia?
_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

102. Qual profissional lhe encaminhou para a fisioterapia?

(97) NS (98) NR (99) NA

103. O sr (a) teve acesso ao serviço de fisioterapia deste encaminhamento?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

104. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de fisioterapia deste encaminhamento? _____ semanas
(97) NS (98) NR (99) NA

105. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de fisioterapia deste encaminhamento?

105.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)	
105.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)	
105.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)	
105.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)	
105.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

106. Se já iniciou o tratamento de fisioterapia, quantas sessões o sr (a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

107. Qual a frequência do tratamento de fisioterapia? _____ dias por semana?
(97) NS (98) NR (99) NA

108. Em que local está sendo realizado o tratamento de fisioterapia?

108.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA	
108.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA	
108.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA	
108.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

109. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

109.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)	
109.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)	
109.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)	
109.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)	
109.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

110. Está em tratamento de fisioterapia atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

FONOAUDIOLOGIA (sem encaminhamento da alta hospitalar)

111. O sr(a) recebeu algum encaminhamento para a fonoaudiologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

112. Após quanto tempo da alta hospitalar você recebeu esse encaminhamento para a fonoaudiologia?

_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

113. Qual profissional lhe encaminhou para a fonoaudiologia?

(97) NS (98) NR (99) NA

114. O sr (a) teve acesso ao serviço de fonoaudiologia deste encaminhamento?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

115. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de fonoaudiologia deste encaminhamento? _____ semanas
(97) NS (98) NR (99) NA

116. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de fonoaudiologia deste encaminhamento?

116.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)	
116.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)	
116.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)	
116.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)	
116.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

117. Se já iniciou o tratamento de fonoaudiologia, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

118. Qual a frequência do tratamento de fonoaudiologia? _____ dias por semana (97) NS (98) NR (99) NA

119. Em que local está sendo realizado o tratamento de fonoaudiologia?

119.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA	
119.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA	
119.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA	
119.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

120. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

120.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)	
120.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)	
120.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)	
120.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)	
120.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)	

121. Está em tratamento de fonoaudiologia atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

TERAPIA OCUPACIONAL (sem encaminhamento da alta hospitalar)

122. O sr(a) recebeu algum encaminhamento para a terapia ocupacional?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

123. Após quanto tempo da alta hospitalar você recebeu esse encaminhamento para a terapia ocupacional?

_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

124. Qual profissional lhe encaminhou para a terapia ocupacional?

(97) NS (98) NR (99) NA

125. O sr (a) teve acesso ao serviço de terapia ocupacional deste encaminhamento?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

126. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de terapia ocupacional deste encaminhamento? _____ semanas

(97) NS (98) NR (99) NA

127. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de terapia ocupacional deste encaminhamento?

127.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)
127.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)
127.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)
127.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)
127.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

128. Se já iniciou o tratamento de terapia ocupacional, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

129. Qual a frequência do tratamento de terapia ocupacional? _____ dias por semana

(97) NS (98) NR (99) NA

130. Em que local está sendo realizado o tratamento de terapia ocupacional?

130.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA
130.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA
130.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA
130.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA

131. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

131.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)
131.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)
131.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)
131.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)
131.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

132. Está em tratamento de terapia ocupacional atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

PSICOLOGIA (sem encaminhamento da alta hospitalar)

133. O sr(a) recebeu algum encaminhamento para a psicologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

134. Após quanto tempo da alta hospitalar você recebeu esse encaminhamento para a psicologia?

_____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

135. Qual profissional lhe encaminhou para a psicologia?

(97) NS (98) NR (99) NA

136. O sr (a) teve acesso ao serviço de psicologia deste encaminhamento?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

137. Após quanto tempo o sr(a) teve acesso ao serviço de psicologia deste encaminhamento? _____ semanas
(97) NS (98) NR (99) NA

138. Como o sr(a) realizou a marcação deste serviço de psicologia deste encaminhamento?

138.1	Pela USF	(1) sim	(2) não	(99)
138.2	Indo pessoalmente ao serviço público	(1) sim	(2) não	(99)
138.3	Indo pessoalmente ao serviço privado	(1) sim	(2) não	(99)
138.4	Pelo plano de saúde	(1) sim	(2) não	(99)
138.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

139. Se já iniciou o tratamento de psicologia, quantas sessões o sr(a) realizou? _____ sessões
(97) NS (98) NR (99) NA

140. Qual a frequência do tratamento de psicologia? _____ dias por semana (97) NS (98) NR (99) NA

141. Em que local está sendo realizado o tratamento de psicologia?

141.1	Domicílio	(1) sim	(2) não	(99) NA
141.2	Centro de reabilitação	(1) sim	(2) não	(99) NA
141.3	Hospital	(1) sim	(2) não	(99) NA
141.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA

142. Caso já tenha o encaminhamento, mas não tenha iniciado tratamento, qual o motivo?

142.1	Falta de tempo	(1) sim	(2) não	(99)
142.2	Condições financeiras	(1) sim	(2) não	(99)
142.3	Dificuldade de locomoção	(1) sim	(2) não	(99)
142.4	Indisponibilidade de vagas	(1) sim	(2) não	(99)
142.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99)

143. Está em tratamento de psicologia atualmente?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA O AVE (EQVE-AVE) – T1

OPÇÕES DE RESPOSTA – PONTUAÇÃO			
1	2	3	
Concordo inteiramente – 1	Não pude fazer de modo algum - 1	Ajuda Total – 1	
Concordo mais ou menos – 2	Muita dificuldade – 2	Muita ajuda – 2	
Nem concordo nem discordo – 3	Alguma dificuldade – 3	Alguma ajuda – 3	
Discordo mais ou menos – 4	Um pouco de dificuldade – 4	Um pouco de ajuda – 4	
Discordo inteiramente - 5	Nenhuma dificuldade mesmo -5	Nenhuma ajuda necessária - 5	
DOMÍNIOS – ITENS		OPÇÃO	PONTUAÇÃO
ENERGIA			
162. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	1		
163. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	1		
164. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	1		
PAPÉIS FAMILIARES			
165. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	1		
166. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	1		
167. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	1		
LINGUAGEM			
168. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	2		
169. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	2		
170. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	2		
171. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	2		
172. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	2		
MOBILIDADE			
173. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 176 e pontue as questões 174 e 175 com 1 ponto)	2		
174. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	2		
175. Você teve dificuldade para subir escadas?	2		

176. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	2		
177. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	2		
178. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	2		
HUMOR			
179. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	1		
180. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	1		
181. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas.	1		
182. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1		
183. Eu não estava interessado em comida.	1		
PERSONALIDADE			
184. Eu estava irritável. ("Com os nervos à flor da pele")	1		
185. Eu estava impaciente com os outros.	1		
186. Minha personalidade mudou.	1		
AUTO-CUIDADO			
187. Você precisou de ajuda para preparar comida?	3		
188. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	3		
189. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	3		
190. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	3		
191. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	3		
PAPÉIS SOCIAIS			
192. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1		
193. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	1		
194. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	1		
195. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.	1		

196. Minha condição física interferiu com minha vida social.	1		
MEMÓRIA / CONCENTRAÇÃO			
197. Foi difícil para eu me concentrar.	2		
198. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	2		
199. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	2		
FUNÇÃO DA EXTREMIDADE SUPERIOR			
200. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	2		
201. Você teve dificuldade para colocar meias?	2		
202. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	2		
203. Você teve dificuldade para usar o zíper?	2		
204. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	2		
VISÃO			
205. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	2		
206. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	2		
207. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	2		
TRABALHO / PRODUTIVIDADE			
208. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	2		
209. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	2		
210. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	2		

211. PONTUAÇÃO TOTAL: _____ PONTOS

** Data agendada para a realização de T2:

INSTRUMENTO DE PESQUISA
PIBIC/UFPB/PPGMDS - FISIOTERAPIA
 A FUNCIONALIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE
 REABILITAÇÃO DE SUJEITOS PÓS- ACIDENTE
 VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): UM ESTUDO
 LONGITUDINAL

Nº: Pesquisador responsável:

Data da entrevista de T1:

Instrumento T2 (a ser realizado de 90 até 105 dias após T1)

212. Data da entrevista de T2:

CONDIÇÕES DE SAÚDE (T2)

213. Fatores de risco cerebrovasculares conhecidos:

213.1	HAS	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.2	Doença Cardíaca	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.3	Diabetes Mellitus	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.4	Dislipidemia	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.5	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.6	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.7	AVC ou AIT prévios	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.8	Fibrilação atrial	(1) sim	(2) não	(99) NA	
213.9	IAM ou Cirurgia cardíaca	(1) sim	(2) não	(99) NA	

214. Uso de Medicamentos:

215. Hábitos de Vida:

215.1	Etilismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
215.2	Tabagismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
215.3	Sedentarismo	(1) sim	(2) não	(99) NA	
215.4	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

216. PAS: mmHg

217. PAD: mmHg

218. PA: (1) Controlada (2) Não Controlada

ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO (T2)

FISIOTERAPIA

219. Atualmente o sr(a) está em acompanhamento na fisioterapia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

220. Por quanto o tempo o sr(a) está (ficou) em acompanhamento pelo fisioterapeuta:

meses sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

221. A remarcação das sessões de fisioterapia foi automática?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

222. Preciou de novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de fisioterapia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

223. Após quantas sessões precisou de um novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de fisioterapia: sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

224. Quanto tempo ficou sem tratamento entre cada novo encaminhamento médico para as sessões de fisioterapia: semanas

(97) NS (98) NR (99) NA

225. O sr(a) pagou pelo tratamento de fisioterapia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

226. O local que o sr(a) se submeteu ao tratamento de fisioterapia era:

226.1	Público	(1) sim	(2) não	(99) NA	
226.2	Privado	(1) sim	(2) não	(99) NA	
226.3	IES	(1) sim	(2) não	(99) NA	
226.4	Instituição Filantrópica	(1) sim	(2) não	(99) NA	
226.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

FONOAUDIOLOGIA

227. Atualmente o sr(a) está em acompanhamento na fonoaudiologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

228. Por quanto o tempo o sr(a) está (ficou) em acompanhamento pelo fonoaudiólogo:

_____ meses _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

229. A remarcação das sessões de fonoaudiologia foi automática?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

230. Precisou de novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de fonoaudiologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

231. Após quantas sessões precisou de um novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de fonoaudiologia: _____

(97) NS (98) NR (99) NA

232. Quanto tempo ficou sem tratamento entre cada novo encaminhamento médico para as sessões de fonoaudiologia: _____ semanas (97) NS (98) NR (99) NA

233. O sr(a) pagou pelo tratamento de fonoaudiologia?

(1) sim (2) não (97) não sabe (98) não respondeu (99) não se aplica

234. O local que o sr(a) se submeteu ao tratamento de fonoaudiologia:

234.1	Público	(1) sim	(2) não	(99) NA	
234.2	Privado	(1) sim	(2) não	(99) NA	
234.3	IES	(1) sim	(2) não	(99) NA	
234.4	Instituição Filantrópica	(1) sim	(2) não	(99) NA	
234.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

TERAPIA OCUPACIONAL

235. Atualmente o sr(a) está em acompanhamento na terapia ocupacional?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

236. Por quanto o tempo o sr(a) está (ficou) em acompanhamento pelo terapeuta ocupacional:

_____ meses _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

237. A remarcação das sessões de terapia ocupacional foi automática?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

238. Precisou de novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de terapia ocupacional?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

239. Após quantas sessões precisou de um novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de terapia ocupacional: _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

240. Quanto tempo ficou sem tratamento entre cada novo encaminhamento médico para as sessões de terapia ocupacional: _____ semanas

(97) NS (98) NR (99) NA

241. O sr(a) pagou pelo tratamento de terapia ocupacional?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

242. O local que o sr(a) se submeteu ao tratamento de terapia ocupacional:

242.1	Público	(1) sim	(2) não	(99) NA	
242.2	Privado	(1) sim	(2) não	(99) NA	
242.3	IES	(1) sim	(2) não	(99) NA	
242.4	Instituição Filantrópica	(1) sim	(2) não	(99) NA	
242.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

250. O local que o sr(a) se submeteu ao tratamento de psicologia:

250.1	Público	(1) sim	(2) não	(99) NA	
250.2	Privado	(1) sim	(2) não	(99) NA	
250.3	IES	(1) sim	(2) não	(99) NA	
250.4	Instituição Filantrópica	(1) sim	(2) não	(99) NA	
250.5	Outro(s)	(1) sim	(2) não	(99) NA	

PSICOLOGIA

243. Atualmente o sr(a) está em acompanhamento na psicologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

244. Por quanto o tempo o sr(a) está (ficou) em acompanhamento pelo psicólogo:

_____ meses _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

245. A remarcação das sessões de psicologia foi automática?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

246. Precisou de novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de psicologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

247. Após quantas sessões precisou de um novo encaminhamento médico para a continuidade das sessões de psicologia: _____ sessões

(97) NS (98) NR (99) NA

248. Quanto tempo ficou sem tratamento entre cada novo encaminhamento médico para as sessões de psicologia: _____ semanas

(97) NS (98) NR (99) NA

249. O sr(a) pagou pelo tratamento de psicologia?

(1) sim (2) não (97) NS (98) NR (99) NA

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA O AVE (EQVE-AVE) – T2

OPÇÕES DE RESPOSTA – PONTUAÇÃO			
1	2	3	
Concordo inteiramente – 1	Não pude fazer de modo algum - 1	Ajuda Total – 1	
Concordo mais ou menos – 2	Muita dificuldade – 2	Muita ajuda – 2	
Nem concordo nem discordo – 3	Alguma dificuldade – 3	Alguma ajuda – 3	
Discordo mais ou menos – 4	Um pouco de dificuldade – 4	Um pouco de ajuda – 4	
Discordo inteiramente – 5	Nenhuma dificuldade mesmo -5	Nenhuma ajuda necessária - 5	
DOMÍNIOS – ITENS		OPÇÃO	PONTUAÇÃO
ENERGIA			
269. Eu me senti cansado a maior parte do tempo.	1		
270. Eu tive que parar e descansar durante o dia.	1		
271. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria.	1		
PAPÉIS FAMILIARES			
272. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família.	1		
273. Eu senti que era um fardo/peso para minha família.	1		
274. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal.	1		
LINGUAGEM			
275. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras?	2		
276. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone?	2		
277. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse?	2		
278. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	2		
279. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo?	2		
MOBILIDADE			

280. Você teve dificuldade para andar? <i>(Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto)</i>	2		
281. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo?	2		
282. Você teve dificuldade para subir escadas?	2		
283. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria?	2		
284. Você teve dificuldade para permanecer de pé?	2		
285. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	2		
HUMOR			
286. Eu estava desanimado sobre meu futuro.	1		
287. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades.	1		
288. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas.	1		
289. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1		
290. Eu não estava interessado em comida.	1		
PERSONALIDADE			
291. Eu estava irritável. ("Com os nervos à flor da pele")	1		
292. Eu estava impaciente com os outros.	1		
293. Minha personalidade mudou.	1		
AUTO-CUIDADO			
294. Você precisou de ajuda para preparar comida?	3		
295. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida?	3		
296. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper?	3		
297. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro?	3		
298. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário?	3		
PAPÉIS SOCIAIS			
299. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1		

300. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria.	1		
301. Eu não encontrei tantos amigos meus quanto eu gostaria.	1		
302. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria.	1		
303. Minha condição física interferiu com minha vida social.	1		
MEMÓRIA / CONCENTRAÇÃO			
304. Foi difícil para eu me concentrar.	2		
305. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas.	2		
306. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas.	2		
FUNÇÃO DA EXTREMIDADE SUPERIOR			
307. Você teve dificuldade para escrever ou digitar?	2		
308. Você teve dificuldade para colocar meias?	2		
309. Você teve dificuldade para abotoar a roupa?	2		
310. Você teve dificuldade para usar o zíper?	2		
311. Você teve dificuldade para abrir uma jarra?	2		
VISÃO			
312. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa?	2		
313. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca?	2		
314. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado?	2		
TRABALHO / PRODUTIVIDADE			
315. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário?	2		
316. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado?	2		
317. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer?	2		

318. PONTUAÇÃO TOTAL: _____ PONTOS

Anexo A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 25/09/2012, o projeto de pesquisa intitulado: "A FUNCIONALIDADE E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE SUJEITOS PÓS-AVE: UM ESTUDO LONGITUDINAL" da Pesquisadora Kátia Sucly Queiroz Silva Ribeiro. Prot. nº 0372/12, CAAE: 06573712.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Kátia Sucly Queiroz Silva Ribeiro
Coordenadora CEP/CCS/UFPA
Mat. SIAPE: 0332618