

Instituto Politécnico do Porto  
Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto  
Licenciatura em Terapia Ocupacional

4º ANO CURRICULAR  
ANO LECTIVO 2010/2011

**QUALIDADE DE VIDA (QV) EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)**

AUTOR(RES)

**ANDREIA LILIANA COSTA MONTEIRO**

ORIENTAÇÃO DE

**MESTRE HELENA SOUSA**

VILA NOVA DE GAIA  
SETEMBRO, 2011

Autor: Andreia Liliana Costa Monteiro

Título do artigo: Qualidade de Vida em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Artigo apresentado na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação em Terapia Ocupacional.

Orientação: Mestre Helena Sousa

## RESUMO

O AVC é uma importante causa de elevadas taxas de mortalidade, desencadeando um conjunto de incapacidades, com efeitos adversos evidentes na QV do indivíduo.

**Objectivo:** caracterizar a QV em indivíduos com sequelas de AVC, com recurso a uma escala específica, analisando os domínios mais afectados, bem como estabelecer possíveis correlações entre os mesmos.

**Metodologia:** amostra (N=24) constituída por indivíduos com sequelas de AVC, a frequentar programas de reabilitação, de ambos os sexos, sem limite de idade e estarem no domicílio há pelo menos três meses. Constituem critérios de exclusão indivíduos que apresentem alterações do estado de consciência, incapacidade para comunicar e demência.

**Resultados:** os domínios mais afectados foram o Papel Familiar (78%), Papel Social (70%), Trabalho/Produtividade (59,7%) e Energia (54,2%). Obteve-se correlações significativas entre os domínios Papel Social e Papel Familiar ( $r = 0,56$ ); Papel Social e Trabalho/Produtividade ( $r = 0,51$ ); Papel Familiar e Trabalho/Produtividade ( $r = 0,71$ ); Energia e Papel Familiar ( $r = 0,58$ ); Energia e Trabalho/Produtividade ( $r = 0,58$ ).

**Conclusões:** a QV destes indivíduos foi afectada, principalmente, nas relações familiares, sociais, produtividade e energia. Constatando-se que se tratam de áreas potencialmente modificáveis é importante desenvolver-se medidas que actuem sobre estas áreas para uma melhor evolução clínica destes indivíduos.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral (AVC), Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um AVC (EQVE-AVC) e Qualidade de Vida (QV).

## **ABSTRACT**

The Stroke is a major cause of high mortality rates, triggering a range of disabilities, with evident adverse effects on the quality of life (QOL) of the individual.

**Objective:** to characterize the QOL in patients with Stroke's sequels, using a specific scale, analyzing the most affected areas, and to establish possible correlations between them.

**Methodology:** sample (N = 24) constituted by individuals of both genders, with Stroke's sequels, attending rehabilitation programs in a clinic or in a health center, irrespective of age and that have been at home for at least three months. Exclusion criteria were individuals who have altered states of consciousness, inability to communicate and dementia.

**Results:** the most affected areas were Family Role (78%), Social Role (70%), Work / Productivity (59.7%) and Energy (54.2%). We obtained significant correlations between the domains Social Role and Family Role ( $r = 0.56$ ), Social Role and Work / Productivity ( $r = 0.51$ ); Family Role and Work / Productivity ( $r = 0.71$ ); Energy and Family Role ( $r = 0.58$ ), Energy and Work / Productivity ( $r = 0.58$ )

**Conclusions:** the QOL of these individuals were affected, mainly in family and social relationships, productivity and energy. Noting that these domains are potentially modifiable, it is important to develop measures that act on these areas to a better clinical outcome of these individuals.

**Key words:** Stroke, Stroke- Specific Quality of Life Scale (SS-QoL) and Quality of life (QoL).

## INTRODUÇÃO

A expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) pode ser definida como “ o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbações focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular” (p. 3). Sendo assim, é compreendido como uma dificuldade em maior ou menor grau de fornecimento de sangue de uma determinada área do cérebro e, conseqüentemente, conduzindo a uma perda ou diminuição das funções (Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2006). Este acontecimento pode ocorrer de forma ictiforme, devido à presença de factores de risco vascular ou por defeito neurológico focal (Martins, 2002).

Em Portugal o AVC atinge proporções alarmantes: a sua taxa de mortalidade é de cerca de 200/100 000 habitantes, sendo responsável pelo internamento de mais 25 000 doentes por ano e por um elevado grau de incapacidade, isto é, 50% dos doentes que sobrevivem ficam com limitações ao nível das nas Actividades da Vida Diária (AVD) (Martins, 2006).

Dependendo da gravidade e do tipo de AVC, este pode causar um enorme impacto na Qualidade de Vida (QV) do indivíduo (Jonkman, Weerd & Vrijens, 1998; Hadley, Kim, Madill & Warren, 1999). Segundo a OMS a QV deve ser entendida de forma multidimensional, sendo definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck *et al.*, 2000, p.5). Este conceito é, especialmente, relevante em indivíduos com sequelas de AVC, onde existe um espectro amplo de gravidade de sintomas e uma série de incapacidades (Biller, Clark, Harris, Weinberger & Williams, 1999), que para serem avaliadas, de forma mais precisa, é necessário considerar a percepção do indivíduo sobre a sua saúde e a medida de vários aspectos, que conjuntamente vão caracterizar a QV do mesmo (Kugler *et al.*, 2002; Moon & Kim, 2006). Neste sentido, para avaliar o impacto da QV não é suficiente considerar, apenas, a perda da função neurológica e a incapacidade desencadeadas pelo evento isquémico, na medida em que existem outros factores envolvidos nesta análise, nomeadamente, a idade avançada, a severidade ao nível funcional, a falta de suporte social, a incapacidade de retorno ao trabalho, o comprometimento cognitivo, diminuição da autonomia nas AVD`s e a presença de co-

morbilidades (Gustafson, Lofgren, & Nyberg, 1999<sup>a</sup>; Gustafson, Lofgren, Mattsson & Nyberg, 1999<sup>b</sup>; Saladin, 2000 cit. in Malheiro, Nicola & Pereira, 2009). Segundo Muus e Ringsberg (2005), a afasia, é igualmente, um factor que se encontra, significativamente, relacionado com um baixo nível de QV, pela sua repercussão na participação social. De igual modo, a depressão, (uma das co-morbilidades mais associadas), incidente em 23 a 41% dos indivíduos nos primeiros meses após a ocorrência do AVC e, em 33 a 48% de indivíduos, 3 a 5 anos após a ocorrência do mesmo encontra-se intimamente, relacionado com o compromisso da recuperação funcional, bem como com a deterioração da QV dos indivíduos (Muus, Ringsberg, & Williams, 2007). Por outro lado, o declínio da função sexual, resultante de factores psicológicos, défices neurológicos e cognitivos inerentes ao AVC, e condições clínicas associadas, parece contribuir, igualmente, para a redução dos níveis de QV destes indivíduos (Korpelainen *et al.*, 1999 cit. in Malheiro *et al.*, 2009)

Diversos autores desenvolveram, estudos sobre a QV em indivíduos que sofreram AVC. Hadley, Kim, Madill & Warren (1999), demonstraram que para o sucesso da reabilitação não é suficiente melhorar somente o seu estado funcional. É, igualmente, importante intervir na diminuição de sintomas depressivos e na manutenção das relações sociais, que o indivíduo estabelece.

Carod-Artal, Egido, Gonzalez, & Varela (2000), evidenciaram que todos os indivíduos, independentemente do seu estado funcional, manifestaram deterioração da dimensão psicossocial. Neste estudo, os autores referem que as variáveis que mais afectam a QV são os sintomas depressivos e a incapacidade física.

Bays (2001) realizou uma meta-análise, com recurso a uma avaliação de sessenta e oito artigos, concluindo que as variáveis independência para a execução das AVD, capacidade funcional, suporte social e recursos para cuidados com a saúde possuem um efeito positivo sobre a QV no indivíduo, enquanto as variáveis depressão, défice cognitivo, gravidade do AVC e afasia têm um impacto negativo.

Kugler *et al.* (2002) desenvolveram um estudo que demonstrou que a relação social, a relação emocional e a saúde mental, sofreram decréscimos significativos entre 6 meses e 1 ano após AVC, enquanto a função física e a dor corporal sofreram considerável melhora no mesmo período.

Jaracz & Kozubski (2003) concluíram que o fortalecimento do suporte familiar, o tratamento da depressão e a diminuição da dependência física são factores decisivos na melhoria da QV.

Neste contexto, a avaliação da QV tem sido sugerida como um importante índice de resultado após o AVC, e demonstra ser mais relevante para o indivíduo do que qualquer outro parâmetro (Moon & Kim, 2006). Contudo grande parte dos estudos que envolvem indivíduos com sequelas de AVC recorre a instrumentos genéricos de avaliação da QV, como por exemplo, o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) (Doman, 1998 cit. in Lima, 2006; Hopman, 2003), o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) (Indredavik *et al*, 1998) e o Assessment of Quality of Life (AQOL) (Sturm *et al*, 2002). Os instrumentos genéricos são menos sensíveis para explorar os efeitos e incapacidades particulares na QV ou avaliar a resposta ao tratamento de um indivíduo com uma patologia específica (Biller, *et al*, 1999). Para indivíduos com sequelas de AVC, muitas questões próprias do acometimento não conseguem ser captadas ao se recorrer a um instrumento genérico, podendo subestimar o impacto do mesmo na vida do indivíduo (Duncan, Lai, Perera & Studenski, 2002). Assim, torna-se pertinente recorrer a uma medida específica para avaliar todo o espectro da funcionalidade (Biller, *et al*, 1999), possibilitando uma avaliação global do indivíduo, detectando-se diferenças que, certamente, são consideráveis nesta população. De acordo com Black, Hakim & Gladstone (2002) e Duncan *et al* (2002) um instrumento específico tem a intenção de promover uma maior compreensão e significância, através da perspectiva do próprio indivíduo.

Segundo Biller *et al* (1999) a avaliação da QV em indivíduos com sequelas de AVC, possibilita a compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca dos aspectos específicos, que afectam a vida dos mesmos e da percepção do impacto do AVC na sua vida. Tal contribui, para a definição de objectivos de intervenção mais direccionados e ajustados às suas necessidades, facilitando uma distribuição adequada de recursos e a maximização dos resultados de saúde nesta população em todos os domínios, nomeadamente, a reintegração na sociedade (Béthoux, Calmels & Gautheron, 1999).

Este estudo tem como objectivo caracterizar a QV de indivíduos com sequelas de AVC, com recurso a uma escala específica para esta população, analisando os domínios mais afectados, bem como estabelecer possíveis correlações entre os mesmos.

## **METODOLOGIA**

O estudo desenvolvimento é de carácter quantitativo, enquadrando-se num desenho de estudo descritivo transversal (Cunha, Martin, Sousa & Oliveira, 2007).

### **Amostra**

A amostra é não probabilística, constituída por elementos seleccionados por métodos não aleatórios, por conveniência da investigadora, dado que nem todos os elementos da população possuem as mesmas possibilidades de serem seleccionados.

Para este estudo são critérios de inclusão indivíduos com historial clínico de AVC, de ambos os sexos, sem limite de idade, a frequentar programas de reabilitação em um Centros de Saúde ou em uma Clínica de Reabilitação e estarem no domicílio há pelo menos três meses. Constituem critérios de exclusão indivíduos que estejam no domicílio há mais de um ano, que apresentem alterações do estado de consciência, incapacidade para comunicar e demência.

### **Procedimentos**

Para a efectivação do estudo, foram contactados, a Direcção da Clínica de Reabilitação de Santa-Marinha de Forjães, a Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e a Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Gaia VIII, no sentido de recolher parte da amostra no Centro de Saúde de Barão do Corvo. Com o devido consentimento das entidades referidas, um técnico de cada instituição, previamente abordados pela investigadora (na primeira instituição o Fisioterapeuta e na segunda a Terapeuta Ocupacional) informaram, primeiramente, os utentes com sequelas de AVC acerca dos propósitos do estudo, sendo que apenas os que demonstraram interesse e disponibilidade para participarem no mesmo é que foram apresentados à investigadora, evitando, deste modo, que a identidade dos utentes fosse revelada sem o consentimento dos mesmos. Posteriormente, os participantes no estudo foram informados sobre os objectivos da investigação, sendo que cada um foi informado da liberdade de se abster de participar no estudo, em qualquer momento, não tendo consequência para si quando tomada esta decisão. Após informado sobre o objectivo do estudo, assinavam o termo de consentimento informado. Foram tomadas as diligências de forma a respeitar os direitos do utente e foram tomadas as precauções para respeitar a sua privacidade. Na condução



deste estudo foram tidos em consideração os princípios éticos definidos pela Declaração de Helsínquia (World Medical Association, Declaration of Helsinki, 2008). Em seguida, foi aplicado um questionário sócio demográfico para uma melhor caracterização da amostra e pelo facto de existir a probabilidade de existirem indivíduos analfabetos, e a fim de evitar erros de interpretação, devido a uma possível heterogeneidade dos graus académicos da população a ser avaliada, a escala foi, aplicada individualmente, por meio de entrevista, pela investigadora, num ambiente livre de ruídos e perturbações, seguindo criteriosamente as instruções padronizadas, descritas pelas autoras que adaptaram e validaram esta escala para a população portuguesa.

### **Instrumento**

A Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que sofreram AVC (EQVE-AVC) foi desenvolvida com base na percepção dos indivíduos que sofreram um AVC, em relação à sua própria qualidade de vida, num processo de construção de itens a partir de dados qualitativos reportados por estes, e verificados à posteriori pelos mesmos (Malheiro, Nicola & Pereira, 2009).

Esta escala é composta de 49 itens distribuídos em doze domínios, apresentando três possibilidades de repostas desenvolvidas em uma escala likert com scores de um a cinco: (1) grau de concordância com afirmações sobre a funcionalidade, indo de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”, referente aos domínios Energia, Papel Familiar, Disposição, Personalidade, Papel Social e Capacidade Mental; (2) dificuldade na realização de uma tarefa, indo de “não o consegui fazer de todo” a “sem dificuldade”, relativo aos domínios Linguagem, Mobilidade, Função do Membro Superior, Visão e Trabalho/Produtividade; (3) quantidade de ajuda necessária para realizar tarefas específicas, indo de “ajuda total” a “sem ajuda” para o domínio dos Auto-cuidados (Williams *et al*, 1999). O ponto de referência para cada resposta, refere-se à semana anterior da aplicação da escala. O tempo médio de aplicação da escala variou de 15 a 20 minutos.

Esta escala revela boas propriedades psicométricas para a população portuguesa. O estudo levado a cabo por Malheiro, Nicola & Pereira (2009), evidenciou excelente consistência interna, tendo em consideração o questionário como um todo com valores de coeficiente de Alpha de Cronbach superiores a 0,94 ( $\alpha = 0,01$ ) (Andresen, 2000 cit. in Malheiro, 2009). Estes resultados são idênticos aos obtidos no estudo da escala original, no qual foram obtidos valores de Alpha de Cronbach superior a 0.92 para o

resultado total (Williams *et al*, 1999). No que se refere à consistência interna para cada um dos domínios, com excepção do domínio papel familiar, constata-se boa consistência interna, com valores de Alpha de Cronbach superiores a 0,73 ( $\alpha = 0,01$ ).

Relativamente à correlação dos itens com o total, observa-se na generalidade, uma correlação adequada entre os itens, dado que apresentam um valor superior a 0,3 (Fernández-Concpción, 2005 cit. in Malheiro *et al*, 2009).

Na análise da fidedignidade intra-observador, esta apresenta um coeficiente de correlação de Spearman de 0,97 ( $\alpha = 0,01$ ), valor este indicativo de uma associação muito alta entre os resultados totais obtidos (Pestana & Gageiro, 2000 cit. in Malheiro, 2009). Constata-se, também, que o coeficiente de correlação intra-classe assume um valor de 0,99, encontrando-se associado a uma fidedignidade excelente (IC = 95%) (Andressen, 2000 cit. in Malheiro *et al*, 2009).

### **Análise estatística**

Os dados recolhidos através do questionário foram analisados com recurso ao PASW Statistics 18.

Para caracterização da amostra recorreu-se à análise descritiva dos dados, recorrendo-se à utilização de frequências, médias, máximos e mínimos e desvios padrão.

Para a caracterização da QV optou-se por considerar os domínios mais afectados pelo AVC os que apresentam as mais altas frequências nas opções de resposta entre 1 e 2 e como os domínios menos afectados os que apresentarem as mais altas frequências na opção de resposta 5.

Relativamente às correlações realizadas entre os domínios mais afectados pelo AVC, optou-se pelas correlações de Pearson, caso se evidencie o pressuposto da normalidade da amostra, caso contrário recorreu-se às correlações de Spearman.

## RESULTADOS:

A amostra deste estudo foi constituída por 24 indivíduos, 62,5% do sexo masculino e 37,5% do sexo feminino com idades compreendidas entre os 27 e os 87 anos, sendo a sua média de idades de 64 anos (DP = 14,0). No que se refere ao grau de escolaridade dos mesmos observou-se um reduzido nível habilitações literárias, 75% dos participantes detém, apenas o ensino básico (4º ano de escolaridade), 8% completou o ensino preparatório, 4% o ensino secundário e 13% possui uma licenciatura/bacharelato. Relativamente ao estado civil, os indivíduos são, maioritariamente, casados (67%), seguindo os divorciados (13%), existindo uma pequena percentagem de viúvos (8%), separados (4%), solteiros (4%) e vivendo em união de facto (4%), sendo a média de elementos que vive com o indivíduo de 2 pessoas (máximo: 4; mínimo: 1). Quanto ao tempo de evolução do AVC 25% da amostra sofreu-o há menos de 6 meses, 12,5% entre 6 e 9 meses e os restantes 62,5% encontram-se num período de tempo de mais de 9 meses até 1 ano de evolução, sendo que 50% da amostra ficou com o hemicorpo direito afectado, tendo a totalidade da amostra a lateralidade definida à direita. No momento em que foram recolhidos os dados 70,8% dos indivíduos encontram-se reformados e os restantes 29,2% encontram-se com um certificado de incapacidade temporária para o trabalho.

De acordo com a EQVE-AVC, de entre os 12 domínios que a escala apresenta, os mais afectados pelo AVC foram Papel Familiar (78%), Papel Social (70%), Trabalho/Produtividade (59,7%) e Energia (54,2%). Em seguida segue-se a tabela 1. que apresenta, detalhadamente, as respostas obtidas em cada domínio da escala; a tabela 2. que enfatiza os domínios mais afectados pelo AVC; e a tabela 3. que enfoca os domínios menos afectados pelo AVC.

Tabela 1: Frequências das respostas assinaladas dentro de cada domínio na amostra total (N=24).

Domínios	Respostas *				
	1	2	3	4	5
	%	%	%	%	%
<b>Energia</b>	22.2	32.0	1.4	9.7	34.7
<b>Papel familiar</b>	45.8	22.2	0	5.6	26.4
<b>Linguagem</b>	0.8	14.2	13.3	4.2	67.5

<b>Mobilidade</b>	18.1	22.9	18.8	11.1	29.2
<b>Disposição</b>	19.2	13.3	4.2	9.1	54.2
<b>Personalidade</b>	20.8	25	2.9	6.9	44.4
<b>Auto-cuidados</b>	11.7	13.4	18.3	3.3	53.3
<b>Papel social</b>	46.7	23.3	2.5	10	17.5
<b>Capacidade mental</b>	6.9	15.3	0	5.6	72.2
<b>Função do MS</b>	16.7	9.2	19.1	9.2	45.8
<b>Visão</b>	1.4	5.5	25	4.2	63.9
<b>Trabalho/Produtividade</b>	27.8	31.9	16.7	4.2	19.4

\*Respostas: 1- concordo fortemente/não o consegui fazer de todo/ajuda total; 2- concordo moderadamente/muita dificuldade/muita ajuda; 3- não concordo nem discordo/alguma dificuldade/alguma ajuda; 4- discordo moderadamente/pouca dificuldade/pouca ajuda; 5- discordo fortemente/sem dificuldade/sem ajuda.

Tabela 2: Domínios considerados mais afectados pelo AVC, de acordo com a frequência das respostas 1 e 2 em cada domínio. (N=24).

<b>Domínios</b>	<b>Respostas</b>
	<b>1 + 2</b>
	<b>%</b>
<b>Papel familiar</b>	78
<b>Papel social</b>	70
<b>Trabalho/ produtividade</b>	59.7
<b>Energia</b>	54.2
<b>Personalidade</b>	45.8
<b>Disposição</b>	32.5
<b>Mobilidade</b>	32
<b>Função MS</b>	25.9
<b>Auto-cuidados</b>	25.1
<b>Capacidade mental</b>	22.2
<b>Linguagem</b>	15
<b>Visão</b>	6.9

Tabela 3: Domínios considerados menos afectados pelo AVC, de acordo com a frequência das respostas 5 em cada domínio. (N=24).

Domínios	Respostas	
	5	%
Capacidade mental	72.2	
Linguagem	67.5	
Visão	63.9	
Disposição	54.2	
Auto-cuidados	53.3	
Função MS	45.8	
Personalidade	44.4	
Energia	34.7	
Mobilidade	29.2	
Papel familiar	26.4	
Papel social	19.4	
Trabalho/ Produtividade	17.5	

Para avaliar a possibilidade de existência de correlações entre os domínios mais afectados, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, no caso de ambas as variáveis seguirem o pressuposto da normalidade, caso contrário, e como alternativa optou-se pelo coeficiente de correlação de Spearman. Na tabela que se segue, pode-se constatar que as variáveis Papel Familiar, Energia e Personalidade seguem uma distribuição normal ( $p > \alpha$ ) para um nível de significância de 0,05.

Tabela 3: Teste da normalidade para os domínios mais afectados.

Domínios	Kolmogorov-smirnov		
	Estatística	N	Valor prova (p)
Papel Social	0,217	24	0,005
Papel Familiar	0,165	24	0,091
Trabalho/Produtividade	0,177	24	0,049
Energia	0,150	24	0,171

Relativamente, às correlações realizadas verifica-se cinco associações de linearidade positivas (quando uma variável aumenta a outra também aumenta) no cruzamento dos domínios entre si, estatisticamente significativas, na medida em que todos os casos cumprem a condição  $p > \alpha$ , para um nível de significância que varia entre 0,05 e 0,01. Assim sendo, admite-se uma correlação positiva substancial ( $r = 0,56$ ) entre as variáveis Papel Social e Papel Familiar; uma correlação positiva substancial ( $r = 0,51$ ) entre as variáveis Papel Social e Trabalho/Produtividade; uma correlação positiva muito forte ( $r = 0,71$ ) entre as variáveis Papel Familiar e Trabalho/Produtividade; uma correlação positiva substancial ( $r = 0,58$ ) entre as variáveis Energia e Papel Familiar; uma correlação positiva substancial ( $r = 0,58$ ) entre as variáveis Energia e Trabalho/Produtividade; A tabela seguinte expõe, de forma sumária, os resultados mencionados.

Tabela 4: Coeficientes de correlação ( $r$ ) de Spearman e de Pearson (negrito) e os seus respectivos valores prova ( $p$ ).

<b>Domínios</b>	<b>Papel Social</b>	<b>Papel Familiar</b>	<b>Trabalho/Produtividade</b>	<b>Energia</b>
<b>Papel Social</b>		0.547***	0.515**	0.055
<b>Valor prova</b>		0.006	0.010	0.797
<b>Papel Familiar</b>	0.547***		0.713***	<b>0.577***</b>
<b>Valor prova</b>	0.006		0.000	<b>0.003</b>
<b>Trabalho/produtividade</b>	0.515**	0.713***		0.567***
<b>Valor prova</b>	0.010	0.000		0.004
<b>Energia</b>	0.055	0.577***	0.567***	
<b>Valor prova</b>	0.797	0.003	0.004	

\*\* Correlação significativa para um nível de significância de 0.05 (2-caudas).

\*\*\* Correlação significativa para um nível de significância de 0.01 (2-caudas).

## DISCUSSÃO

Em estudos que recorrem à EQVE-AVC, pode-se constatar resultados similares aos obtidos neste estudo no que tange aos domínios considerados como mais afectados pelo AVC. Cordoni (2005) em seu estudo constata que os domínios mais afectados são os das Relações Sociais, Energia, Trabalho/Produtividade. Gunaydin, Karatepe, Kaya e Ulutas (2010) verificam que os domínios Energia, Papel Familiar e Trabalho/Produtividade como os mais comprometidos. Delboni, Malengo e Schmidt (2010) referem que o Papel Social, Papel Familiar e Trabalho/Produtividade são os domínios mais prejudicados pelo AVC.

Os resultados obtidos, neste estudo, corroboram com a hipótese prévia, afirmada na introdução do mesmo, de que a avaliação do impacto da doença cérebro vascular no indivíduo não deve ser realizada somente, através da análise dos défices da função neurológica e da incapacidade física por ela desencadeados, na medida em que existem outros factores envolvidos nesta análise (Gustafson, Lofgren, & Nyberg, 1999<sup>a</sup>; Gustafson, Lofgren, Mattsson & Nyberg, 1999b; Saladin, 2000 cit. in Malheiro, Nicola & Pereira, 2009), nomeadamente, défices ao nível dos Papeis Familiares, Papeis Sociais, Trabalho/Produtividade e Energia.

Com recurso ao estudo das variáveis que sofrem o impacto do AVC e provocam alterações significativas na QV dos indivíduos, os resultados obtidos neste trabalho podem ser comparados a outros descritos na literatura. Em estudos publicados, determinados autores, encontraram resultados semelhantes aos descritos anteriormente, demonstrando que o comprometimento nos papéis sociais e familiares são das variáveis mais relacionadas com a diminuição da QV neste grupo de indivíduos (Hadley, Kim, Madill & Warren, 1999; Carod-Artal, Egido & Gonzalez, 2000; Jaracz & Kozubski, 2003).

Este comprometimento nos papéis sociais não só se deve à falta de suporte social, mas também a uma diminuição significativa na participação do indivíduo em actividades de lazer. A importância desta diminuição prende-se com o facto de pesquisas anteriores hAVCrem demonstrado que o lazer satisfatório tem uma relação com a satisfação do indivíduo com a vida (Champion *et al*, 2004). Por conseguinte, a diminuição das actividades de lazer traduz-se na diminuição da QV. Greveson e James (1991) cit. in Edmans (2004) descrevem os resultados da sua pesquisa sobre as consequências do AVC, chegando à seguinte conclusão: “os pacientes receberam pouca

ajuda ou aconselhamento no sentido de participarem em actividades de lazer..., mas na opinião dos pacientes, isso teria sido capaz de melhorar em muito a sua qualidade de vida” (p. 11).

Relativamente, aos papéis familiares uma revisão sistemática realizada por Busch, Daniel, Mckevitt e Wolfe (2009) encontrou treze estudos que relataram consequências do AVC nas relações familiares. Desses treze estudos, nove relataram problemas conjugais, após AVC, incluindo a separação ou o divórcio (Nilson & Hindfelt, 1977 cit. in Busch *et al.*, 2009; Mackay & Nias, 1979 cit. in Busch *et al.*, 2009; Coughlam & Humphrey, 1982 cit. in Busch *et al.*, 2009; Sjogren, 1982 cit. in Busch *et al.*, 2009; Nilson & Hindfelt, 1992 cit. in Busch *et al.*, 2009; Finestone, Mcrae & Teasell, 2000 cit. in Busch *et al.*, 2009; Leys *et al.*, 2002 cit. in Busch *et al.*, 2009; Bank & Pearson, 2004 cit. in Busch *et al.*, 2009; Stone, 2005 cit. in Busch *et al.*, 2009). Destes nove estudos seis evidenciam que os problemas conjugais foram uma consequência directa do evento isquémico (Mackay *et al.*, 1979 cit. in Busch *et al.*, 2009; Coughlam *et al.*, 1982 cit. in Busch *et al.*, 2009; Sjogren, 1982 cit. in Busch *et al.*, 2009; Finestone *et al.*, 2000 cit. in Busch *et al.*, 2009; Banks *et al.*, 2004 cit. in Busch *et al.*, 2009; Stone, 2005 cit. in Busch *et al.*, 2009). Já os efeitos do AVC para as crianças foram reportados, incluindo conflitos entre pais e filho e diminuição nos cuidados infantis (Coughlam *et al.*, 1982; Finestone *et al.*, 2000; Ashburn, George, Low, Mcllellon & Kerson, 2003; Banks *et al.*, 2004; cit. in Busch *et al.*, 2009). Ainda seis estudos reportam o impacto do AVC no relacionamento da dinâmica familiar, quatro dos quais o descrevem como muito negativo (Ashburn *et al.*, 2003 cit. in Busch *et al.*, 2009; Lindstrom, Malm, Ohman & Roding, 2003 cit. in Busch *et al.*, 2009; Banks *et al.*, 2004 cit. in Busch *et al.*, 2009). No que tange ao impacto do AVC no relacionamento sexual (item pertencente ao domínio do Papel Social na EQVE - AVC) dez estudos relatam problemas a este nível, principalmente, na frequência da actividade sexual (Kurlond, Matsumoto, Okazaki & Whisnant, 1973 cit. in Busch *et al.*, 2009; Fugl-Meyer & Sjogren, 1982 cit. in Busch *et al.*, 2009; Damber, Liliequist & Sjogren, 1983 cit. in Busch *et al.*, 2009; Kauhanen, Kenola, Korpelainen & Malimen & Myllyla, 1998 cit. in Busch *et al.*, 2009; Finestone *et al.*, 2000 cit. in Busch *et al.*, 2009; Ashburn, Kersten, George, Low & Melellan, 2002 cit. in Busch *et al.*, 2009; Ashburn *et al.*, 2003 cit. in Busch *et al.*, 2009; Lindstrom *et al.*, 2003 cit. in Busch *et al.*, 2009; Ashburn *et al.*, 2004 cit. in Busch *et al.*, 2009; Banks *et al.*, 2004 cit. in Busch *et al.*, 2009).



Suenkeler *et al.* (2002) demonstram, igualmente, que os domínios das relações sociais e familiares diminuem entre os 6 meses e 1 ano após AVC, enquanto a função física e dor corporal sofrem um aumento no mesmo período. Segundo Bays (2001) a maior recuperação funcional ocorre entre os 3 e 6 meses e existe um aumento da função física entre 3 meses e 1 ano após o evento isquémico. Comparando-se estas constatações com os resultados obtidos, observa-se uma semelhança no que diz respeito na melhora da capacidade física, uma vez que 75 % da amostra tem um período de evolução do AVC superior a 6 meses, e os domínios directamente relacionados com esta dimensão (Mobilidade, Função do Membro Superior e Auto-cuidados) não são considerados como os mais afectados.

Relativamente à relação de associação verificada entre os domínios Papel Social e Papel Familiar, está bem patente num estudo realizado por Oliveira (s/d), onde conclui que quanto melhor for a percepção do indivíduo sobre o seu suporte social e familiar melhor é a sua QV, na medida em que, a pessoa é um ser social, e como tal, necessita de estar plenamente inserida na comunidade, sendo a família e o seu círculo de amigos determinantes na sua reintegração social, minimizando as repercussões nefastas da sua incapacidade sentindo-se, assim mais motivada, melhor psicologicamente e com uma adesão mais efectiva ao programa de reabilitação. Neste sentido, o apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado, no decorrer do processo de reabilitação, uma vez que a disponibilidade, o apoio prático e emocional destes elementos melhoram as competências do indivíduo, promovendo uma mais eficaz reintegração nas rotinas familiares, sociais e profissionais, contribuindo para uma melhor QV do mesmo (Fagulha & Miranda, 2000). Dadas a estas evidências, e fazendo uma analogia com as correlações obtidas é natural que quando a variável Papel Social e Papel Familiar aumente a variável Trabalho/Produtividade (note-se que este domínio está relacionado com o indivíduo ser capaz de realizar as tarefas diárias em casa, terminar tarefas que tinha começado e realizar o trabalho que estava habituado em sua casa, não estando directamente relacionado com a vertente profissional), também aumente no mesmo sentido.

Segundo Werf e Broek (2001) muitos indivíduos sofrem de fadiga após o AVC, contudo esta condição é, ainda, relativamente inexplorada. A fadiga manifesta-se, frequentemente, como a falta de energia física e mental, sendo que muitos indivíduos a mencionam como uma das sequelas mais difíceis de se ajustarem. Esta falta de energia, muitas vezes, interfere com o processo de reabilitação e afecta a capacidade do

indivíduo em recuperar as funções perdidas. Postula-se que a fadiga resulta de uma combinação da lesão cerebral orgânica e o stress psicossocial relacionado à adaptação de uma nova condição de vida (Leegaard, 1983; Sisson, 1998 cit. in Asplund, Glader & Stegmayr, 2002). Num estudo realizado por Asplund, Glader e Stegmayr (2002) a prevalência de indivíduos que se sentiam constantemente cansados após AVC foi de 10% e cerca de 30% sentiam-se frequentemente cansados. Neste estudo foi excluída a fadiga em resultado da depressão, o que se torna, particularmente relevante, para este estudo, uma vez que o domínio Disposição (relacionado com a sintomatologia depressiva) foi considerado como o quarto domínio menos afectado pela amostra analisada. Outro estudo realizado por Eskes, Ingles e Phillips (1999) cit. in Asplund *et al.* (2002) com recurso a auto-relatos, constatou que a prevalência de fadiga, sem depressão, foi de 39% num período de tempo entre 3 a 13 meses após AVC. De acordo com Sissan (1995) cit. in Asplund (2002) a associação entre o resultado da fadiga e efeitos adversos é, presumivelmente, recíproca, na medida em que o comprometimento na funcionalidade e saúde em geral induz a uma condição de fadiga, e por sua vez, a fadiga severa afecta a funcionalidade e a saúde em geral. Neste sentido, e dada à relação de associação entre os domínios Energia e Trabalho/Produtividade pode-se constatar que quando os níveis de energia do indivíduo aumentam a sua capacidade em iniciar/manter uma determinada actividade também aumenta, bem como em se envolver em actividades de cariz familiar, daí a existência da correlação entre os domínios Energia e a Papel Familiar.

Quanto aos resultados obtidos, estes devem ser interpretados tendo em consideração as importantes limitações deste estudo. Uma das condicionantes centra-se não só na dimensão da amostra ( $N = 24$ ) que é manifestamente reduzida, mas também pelo facto de esta ser por conveniência da investigadora, pelo que os resultados obtidos não devem ser generalizados para a população a que se refere. Uma segunda limitação centra-se nos critérios de inclusão que deveriam ser mais rígidos, nomeadamente, no estabelecer um período de tempo de reabilitação em que os indivíduos se encontram, uma vez que este factor influencia, certamente, a QV. Uma terceira limitação que se pode apontar, foi o facto de não se ter em consideração, as possíveis patologias que os indivíduos apresentassem, o que poderia estar, igualmente, a condicionar a QV dos mesmos.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que os domínios mais afectados pelo AVC foram o Papel Familiar, seguido do Papel Social, Trabalho/Produtividade e Energia. Quanto às correlações obtidas, entre os domínios considerados como mais afectados, constatou-se cinco associações de linearidade positiva, estatisticamente significativas: uma correlação positiva substancial entre as variáveis Papel Social e Papel Familiar; uma correlação positiva substancial entre as variáveis Papel Social e Trabalho/Produtividade; uma correlação positiva muito forte entre as variáveis Papel Familiar e Trabalho/Produtividade; uma correlação positiva substancial entre as variáveis Energia e Papel Familiar; e uma correlação positiva substancial entre as variáveis Energia e Trabalho/Produtividade.

A EQVE-AVC torna-se um importante recurso na avaliação da QV do indivíduo, dado que proporciona uma avaliação específica face ao impacto do AVC e as suas consequências a diversos níveis. A sua utilização facilitará o processo de avaliação e intervenção, bem como a monitorização do sucesso do tratamento de acordo com a perspectiva do indivíduo, possibilitando a comparação dos benefícios entre tratamentos e facilitando a documentação da sua efectividade.

Em suma, e tendo em consideração as limitações deste desenho de estudo, é possível alcançar alguma introspecção em relação aos factores que têm influência na recuperação da QV após um AVC. Pesquisas futuras sobre esta temática, recorrendo-se a amostras representativas desta população, poderão auxiliar a desenvolver uma maior compreensão das trajectórias dinâmicas na mudança na QV, incluindo os factores que estão a influenciar o processo de adaptação do indivíduo. Um maior conhecimento destes factores, que influenciam o processo de reintegração após AVC, pode servir como um guia para planeamentos de programas de reabilitação e para tornar uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anten, W., Bleijenberg, G., Broek, L., Werf, P. (2001). Experience of severe fatigue long after stroke and its relation to depressive symptoms and disease characteristics. *Eur Neurol.*, 45, 28–33.
- Asplund, K. Glader, E., Stegmayr, B. (2002). Post stroke fatigue: a 2- year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33, 1327-1333.
- Bays, L. (2001). Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33 (6), 310-316.
- Béthoux, D., Calmels, D., & Gautheron, D. (1999). Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time. *American Journal Physical Medicine & Rehabilitation*, 78, 19-23.
- Bethoux, F. *et al.* (1999). Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78, 19-23.
- Biller, J. Clark, D., Harris, L., Weinberger, M., & Williams, S. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30, 1362-1369.
- Black, S., Hakim, A., & Gladstone, D. (2002). Toward wisdom from failure: lessons from neuroprotective stroke trials and new therapeutic directions. *Stroke*, 33, 2123-2136.
- Busch, M., Daniel, K., Mckevit, C., Wolfe, C. (2009). Wat are the social consequence of stroke for working-aged adults?: a systematic review. *Stroke*: 40, 431-440.
- Carod-Artal, J., Egido, A., Gonzalez, L., & Varela, E. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, 31 (12), 2995-3000.
- Cunha, G., Martins, M., Sousa, R., Oliveira, F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lidel.

Delboni, M., Malengo, P., Schmidt, E. (2010). Relação entre aspectos das alterações funcionais e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de AVC. *O mundo da saúde*, 34(2), 165-175.

Duarte., M., Fagulha, T., Miranda, M. (2000). A qualidade de vida: uma nova dimensão psicológica. *Psicológica*.

Duncan, P., Lai, S., Perera, S., & Studenski, S. (2002). Persisting consequences of stroke measured by the Stroke Impact Scale. *Stroke*, 33, 1840-1844.

Fleck, *et al.* (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Publica*, 34, 178-183.

Gunaydin, R., Karatepe, A., Kaya, T., Ulutas, O. (2010). Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2290, 1-5.

Gustafson, Y., Lofgren, B., Mattsson, M., & Nyberg, L. (1999b). Three years after inpatient stroke rehabilitation: A follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*, 9 (3), 163-170.

Gustafson, Y., Nyberg, L., & Lofgren, B. (1999a). Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke*, 30 (3), 567-572.

Hadley, M., Kim, P., Madill, H., & Warren, S. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 8 (4), 293-301.

Indredavik, B. *et al.* (1998). Stroke unit treatment improves long-term quality of life—a randomized controlled trial. *Stroke*, 29, 895-899.

Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107 (5), 324-329.

Jonkman, J., Weerd, W., & Vrijens, L. (1998). Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98 (3), 169-175.

Kugler, C., Misselwitz, B., Nowak, M., Oertel, H., Schreiber, W., Suenkeler, H., et.al. (2002). Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. *Journal of Neurology*, 249 (9), 1160-1167.

Lima, R. (2006). Adaptação transcultural do Stroke Specific Quality of Life – SS-QOLI: um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de hemiplégicos. Tese de mestrado, Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Malheiro, A., Nicola, A., & Pereira, C. (2009). Contributo para adaptação e validação da Escala de Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *ESSFisioonline*, 5 (2), 12-24.

Martins, R., (2006). A especial importância do AVC para a população portuguesa. Acedido a 15 de Fevereiro de 2011, em <http://www.spavc.org/Imgs/contente/article-42/spmai.pdf>.

Martins, T. (2006). Acidente Vascular Cerebral. QV e bem-estar. Coimbra: Formasau.

Moon, Y., kim, D. (2004). Correlates of quality of life after stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 224, 37-41.

Muus, I., Ringsberg, K., & Williams, L. (2007). Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reability and validity of the Danish version. *Clinical Rehabilitation*, 21, 620–627.

Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral. (2006). Acidente vascular cerebral. Acedido a 15 de Fevereiro de 2011, em <http://www.spavc.org>.

Sturm, W. *et al.* (2002). Brief comprehensive quality of life assessment after stroke- the assessment of quality of life instrument in the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 33, 2888-2894.

WMA. (2008). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Paper presented at the 59th WMA General Assembly.

Domínio – Itens	Concordo fortemente (1)	Concordo moderadamente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo moderadamente (4)	Discordo fortemente (5)
<b>Energia</b>					
1. Senti-me cansado(a) a maior parte do tempo.					
2. Tive de parar e descansar durante o dia.					
3. Estava muito cansado(a) para fazer tudo o que queria.					
<b>Papel Familiar</b>					
1. Não participei em actividades lúdicas com a minha família.					
2. Senti que era um fardo para a minha família.					
3. A minha condição física interferiu com a minha vida pessoal.					
<b>Disposição</b>					
1. Estava desanimado(a) com o meu futuro.					
2. Não estava interessado(a) em outras pessoas ou actividades.					
3. Senti-me afastado(a) das outras pessoas.					
4. Tinha pouca confiança em mim próprio (a).					
5. Não estava interessado(a) na comida.					
<b>Personalidade</b>					
1. Estava irritado (a).					
2. Estava impaciente com os outros.					
3. A minha personalidade mudou.					
<b>Papel Social</b>					
1. Não saí tantas vezes quanto gostaria.					
2. Fiz os meus hobbies/passatempos e actividades lúdicas menos tempo do que gostaria.					
3. Não vi tantos amigos como gostaria.					
4. Tive relações sexuais menos vezes do que gostaria.					

5. A minha condição física interferiu com a minha vida social.						
<b>Capacidade Mental</b>						
1. Era difícil concentrar-me.						
2. Tive dificuldade em lembrar-me das coisas.						
3. Tive de escrever as coisas para não me esquecer.						
	<b>Não o consegui fazer de todo (1)</b>	<b>Com muita dificuldade (2)</b>	<b>Com alguma dificuldade (3)</b>	<b>Com pouca dificuldade (4)</b>	<b>Sem dificuldade (5)</b>	
<b>Linguagem</b>						
1. Teve dificuldade em falar? Por exemplo, gaguejava, balbuciava, engolia as palavras ou sentia que elas ficavam presas?						
2. Teve dificuldade em falar de forma suficientemente clara para utilizar o telefone?						
3. As outras pessoas tiveram dificuldade em perceberem-lo(a)?						
4. Teve dificuldade em encontrar as palavras certas?						
5. Teve de se repetir para que os outros o(a) compreendessem?						
<b>Mobilidade</b>						
1. Teve dificuldade em andar?*						
2. Perdeu o equilíbrio quando se inclinava para a frente, ou tentava agarrar alguma coisa?						
3. Teve dificuldade em subir escadas?						
4. Teve de parar e descansar mais tempo, do que aquilo que gostaria, quando andava ou utilizava uma cadeira de rodas?						
5. Teve dificuldade em ficar de pé?						
6. Teve dificuldade em levantar-se de uma cadeira?						
<b>Função Membro Superior</b>						

\*Se não consegue andar passe à pergunta 4 e pontue as perguntas 2 e 3 com 1.



1. Teve dificuldade em escrever ou dactilografar?					
2. Teve dificuldade em calçar meias?					
3. Teve dificuldade em abotoar botões?					
4. Teve dificuldade em fechar um fecho?					
5. Teve dificuldade em abrir um frasco?					
<b>Visão</b>					
1. Teve dificuldade em ver televisão suficientemente bem, para poder apreciar um programa?					
2. Teve dificuldade em agarrar as coisas por falta de visão?					
3. Teve dificuldade em ver as coisas de um dos lados?					
<b>Trabalho/Produividade</b>					
1. Teve dificuldade em realizar as tarefas diárias em casa?					
2. Teve dificuldade em terminar tarefas que já tinha começado?					
3. Teve dificuldade em fazer o trabalho que estava habituado?					
	<b>Ajuda total (1)</b>	<b>Muita ajuda (2)</b>	<b>Alguma ajuda (3)</b>	<b>Pouca ajuda (4)</b>	<b>Sem ajuda (5)</b>
<b>Auto-cuidados</b>					
1. Precisou de ajuda para preparar as suas refeições?					
2. Precisou de ajuda para comer? (por exemplo, cortar os alimentos ou cozinhá-los)					
3. Precisou de ajuda para se vestir? (por exemplo, calçar meias ou sapatos, abotoar botões ou fechar um fecho?)					
4. Precisou de ajuda para tomar banho ou duche?					
5. Precisou de ajuda para ir à casa de banho?					
<b>Pontuação Total</b>					

Adaptado e validado para a população portuguesa por Andreia Malheiro, Ângela Nicola e Carla Pereira. Área Disciplinar da Fisioterapia. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Original: WILLIAMS, L. *et al.*, Development of a Stroke- Specific Quality of Life Scale, *Stroke*, Volume 30, 1999, pp.1632-1369.