

**Artigo original****Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sociodemográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico*****Relationship of quality of life with clinical, sociodemographic and family aspects of stroke subjects***

Nadiesca Taisa Filippin, Ft., D.Sc.\*, Larissa Gasparini da Rocha, Ft.\*\* , Livia Rossato Dias, Ft.\*\*\*, Caren Schlottfeldt Fleck, Ft., M.Sc.\*

.....  
*\*Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria/RS, Grupo de Pesquisa: Promoção da saúde e tecnologias aplicadas à Fisioterapia, \*\*Aluna da Residência Multiprofissional em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, \*\*\*Fisioterapeuta da Clínica Geriátrica Nossa Senhora de Lurdes, Santa Maria/RS*

**Resumo**

A qualidade de vida (QV) está relacionada às condições de saúde do sujeito. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a QV correlacionando-a com características clínicas, sociodemográficas e familiares de sujeitos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). Participaram voluntariamente do estudo 22 sujeitos, de ambos os gêneros, com idades entre 49 e 78 anos. Realizou-se uma entrevista que englobava aspectos clínicos, sociodemográficos e familiares dos sujeitos e uma avaliação da QV por meio da aplicação da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE). De acordo com os resultados, a EQVE-AVE apresentou baixo escore, indicando uma QV reduzida. Papéis familiares e sociais, trabalho/produzitividade, energia e mobilidade foram os domínios mais afetados. Foram observadas, ainda, correlações estatisticamente significativas entre QV e as seguintes características avaliadas: função cognitiva, idade do primeiro AVE, idade, gênero, escolaridade, renda, número de pessoas na residência e presença de um cuidador. Diante disso, é preciso considerar mais do que fatores físicos quando se busca realizar o planejamento, acompanhamento e direcionamento da intervenção fisioterapêutica, pois além de cuidar da doença é importante garantir a QV destes sujeitos.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, acidente vascular encefálico, nível de saúde.

**Abstract**

Quality of life (QOL) is related to health condition of the subject. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the QOL and to correlate with clinical, sociodemographical and family characteristics of stroke subjects. The sample was composed of 22 voluntaries, both gender and aged 49 to 78 years old. An interview about clinical, sociodemographical and family aspects of the subjects and an evaluation of the QOL using the Stroke-Specific Quality of Life were performed. According to the results, the SSQOL showed low score, what indicate a reduced QOL. Familiar and social roles, work, energy and, mobility were the most affected domains. Significant correlations among QOL and the following evaluated characteristics were observed: cognitive function, age of the first stroke, age, gender, education level, income, number of people at the residence and, presence of a caregiver. However, to consider more than physical factors in the planning, monitoring and guiding of the physical therapy intervention is necessary. Besides caring of disease it is also important enhancing the subjects' quality of life.

**Key-words:** quality of life, stroke, health status.

Recebido em 6 de junho de 2012; aceito em 6 de dezembro de 2012.

**Endereço de correspondência:** Nadiesca Taisa Filippin, Rua Conde de Porto Alegre, 371/209, Bairro Nossa Senhora de Fátima, 97010-100 Santa Maria RS, Tel: (55) 9625-7441, E-mail: nadifilippin@yahoo.com.br

## Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) representa, no Brasil, uma das principais causas de morbidade e mortalidade, sendo a patologia neurológica mais incapacitante [1]. Estima-se que cerca de 18 milhões de pessoas terão um AVE em 2015 e, aproximadamente 1/3 destes resultará em óbitos [2].

As maiores consequências do AVE incluem diferentes aspectos físicos, psicológicos e sociais, tais como a perda de sensibilidade, paralisia, distúrbios da imagem corporal, depressão e mudanças na função do sujeito [3,4], dentre outras. Isto reflete na capacidade funcional, independência e autonomia do sujeito. Além disso, o impacto de tais perdas resulta em diminuição da qualidade de vida (QV) [5,6].

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é usado para medir as condições da vida do sujeito, a percepção subjetiva das dimensões física, funcional, psicológica e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos [7,8]. Assim, a qualidade de vida tem sido amplamente utilizada como uma importante medida para avaliar o impacto do AVE [9,10].

Apesar de o sujeito poder obter um bom resultado funcional após o AVE, pode permanecer insatisfeito com sua vida. Assim, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo devem ser levados em consideração na avaliação destes sujeitos [10]. Carod-Artal, Egido [11] mostraram uma rede complexa de fatores que podem influenciar o ajustamento da vida do sujeito, por exemplo, suporte social, prejuízos neurológicos, incapacidades, cognição, humor, entre outros. Sem dúvida, a qualidade de vida é um conceito complexo com muitas dimensões [12].

Diante do aumento da sobrevida de sujeitos que apresentam alguma doença e/ou comprometimento funcional, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que busquem identificar os fatores que interferem na QV desses sujeitos, em especial aqueles que apresentam desordens neurológicas como o AVE, já que estes sujeitos necessitam de cuidados em longo prazo. Para van Mierlo *et al.* [13], a identificação de fatores preditores da qualidade de vida pode ser útil para melhorar a reabilitação e desenvolver novas formas de intervenção para sujeitos pós-AVE e seus cuidadores. Nesse contexto, seria possível garantir uma sobrevida com qualidade. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a QV e correlacioná-la com as características clínicas, sociodemográficas e familiares de sujeitos pós-AVE.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, do tipo descritiva correlacional. Vinte e dois sujeitos com diagnóstico clínico de AVE, de ambos os gêneros, com idade entre 40 e 80 anos e função cognitiva preservada, avaliada por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), pontuado de acordo com o nível de escolaridade [14] foram incluídos no estudo. A participação foi voluntária e não foi considerado o tempo de doença para a inclusão no estudo, no entanto todos

os sujeitos encontravam-se na fase subaguda ou crônica. Os critérios de exclusão do estudo foram presença de outra doença neurológica associada, afasia, surdez, distúrbios psiquiátricos diagnosticados e alterações das funções cognitivas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria (RS) (Parecer nº 316.2010.2). O estudo está de acordo com a Resolução 196/96 do CNS e a Declaração de Helsinki.

Inicialmente, foi realizado contato telefônico com os sujeitos e agendado um horário para que eles comparecessem ao Laboratório de Ensino Prático em Fisioterapia (LEP) da UNIFRA. Os que compareceram e se enquadraram nos critérios de inclusão citados anteriormente foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram submetidos a uma entrevista contendo 24 questões abertas e fechadas, para o registro das características clínicas (tempo de AVE, idade em que ocorreu o primeiro AVE, quantidade de AVEs, tipo de AVE, acompanhamento fisioterapêutico, tempo de fisioterapia, patologias associadas, medicação atual), características sociodemográficas (nome, data de nascimento, idade, gênero, escolaridade, condição profissional atual, estado civil, renda, número de pessoas na residência, morador de área rural, etnia) e, características familiares (apoio familiar, conflito familiar, mudanças na estrutura familiar pós-AVE, cuidador, cuidador familiar). Essas questões foram elaboradas pelas pesquisadoras com base nos estudos de Lökk [15] e Martínez-Martín *et al.* [16].

Por fim, foi avaliada a QV, por meio da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE). A EQVE-AVE é uma versão brasileira da *Stroke-Specific Quality of Life* (SSQOL), composta por 49 itens, subdivididos em 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior (MMSS), visão e trabalho/produzitividade), sendo que quanto menor o escore, pior a QV.

Ambos os instrumentos foram aplicados pelas pesquisadoras, em um único dia, no LEP em Fisioterapia, no turno da tarde e em horário pré-agendado com os sujeitos. As avaliações foram conduzidas de modo a evitar que os sujeitos fossem submetidos a qualquer tipo de risco, constrangimento ou desconforto, sendo que estes foram esclarecidos sobre a possibilidade de desistir da pesquisa ou deixar de responder a algum questionamento.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva (média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo). Para a análise inferencial dos dados, inicialmente, foram testadas a normalidade dos dados (Teste de Shapiro-Wilk) e homogeneidade das variâncias (Teste de Levene). De acordo com os testes previamente descritos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a relação entre as variáveis do estudo. O nível de significância utilizado foi de  $p \leq 0,05$ . O programa estatístico utilizado foi o GB-STAT (v.5.1, *Dynamic Microsystems Inc.*).

## Resultados

A Tabela I mostra as características clínicas, sociodemográficas e familiares dos sujeitos avaliados.

**Tabela I** - Características clínicas, sociodemográficas e familiares dos sujeitos entrevistados (n=22).

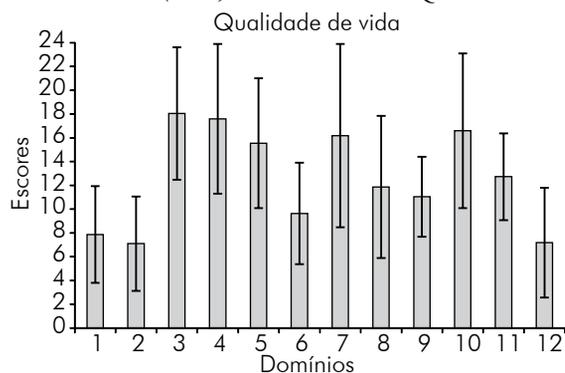
Variáveis	Média ( $\pm$ DP) ou Frequência	Mediana (Mínimo – Máximo)
<b>Características clínicas</b>		
MEEM (pontos)	23,32 ( $\pm$ 3,64)	22,50 (18-30)
Membro acometido (D/E)	12/10	-
Tempo de AVE (meses)	59,00 ( $\pm$ 61,90)	38,50 (3-276)
Idade do 1º AVE (anos)	58,09 ( $\pm$ 8,80)	58,00 (42-73)
Quantidade de AVE	1,23 ( $\pm$ 0,43)	1,00 (1-2)
Tipo AVE (IS/HM)	20/2	-
Faz fisioterapia (S/N)	22/0	-
Tempo de fisioterapia (meses)	42,27 ( $\pm$ 39,48)	36,00 (1-132)
<b>Características sociodemográficas</b>		
Idade (anos)	62,91 ( $\pm$ 8,07)	63,00 (49-78)
Gênero (M/F)	12/10	-
Escolaridade (A/FI/FC/MC/SP)	4/6/3/7/2	-
Estado civil (SOL/C/DIV)	3/17/2	-
Renda (salários mínimos)	2,55 ( $\pm$ 2,44)	1,00 (1-8)
Número de pessoas na residência	3,00 ( $\pm$ 1,07)	3,00 (1-5)
Mora em área rural (S/N)	2/20	-
Etnia (BR/NE)	20/2	-
<b>Características familiares</b>		
Apoio familiar (S/N)	20/2	-
Conflito familiar (S/N)	4/18	-
Mudanças estrutura familiar (S/N)	11/11	-
Cuidador (S/N)	18/4	-
Cuidador familiar (S/N)	15/7	-

DP= desvio padrão; MEEM= Mini Exame do Estado Mental; MMSS= membros superiores; MMII= membros inferiores; AVE= acidente vascular encefálico; D= direito; E= esquerdo; IS= isquêmico; HM= hemorrágico; S= sim; N= não; B= boa; R= ruim; M= masculino; F= feminino; A= analfabeto; FC= fundamental completo; FI= fundamental incompleto; MC= médio completo; SP= superior; SOL= solteiro; C= casado; DIV= divorciado; BR= branco; NE= negro.

A condição profissional atual de todos os sujeitos era de afastamento, desemprego ou aposentadoria devido ao AVE. Foi identificado que a maioria dos sujeitos fazia uso regular de algum tipo de medicamento.

O escore total da EQVE-AVE para os sujeitos avaliados foi de 151,36 ( $\pm$ 43,89). O Gráfico 1 representa os valores de média e desvio-padrão em cada domínio da EQVE-AVE.

**Gráfico 1** - Média ( $\pm$ DP) dos domínios da EQVE-AVE



(1 = energia, 2 = papéis familiares; 3 = linguagem; 4 = mobilidade; 5 = humor; 6 = personalidade; 7 = auto-cuidado; 8 = papéis sociais; 9 = memória e concentração; 10 = função de MMSS; 11 = visão; 12 = trabalho/produzividade).

Todos os domínios apresentaram correlação com o escore total da QV, com exceção da visão ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,16$ ). O domínio com maior correlação foi o de mobilidade ( $r = 0,90$ ;  $p = 0,00$ ), seguido respectivamente pelos subitens: trabalho e produtividade ( $r = 0,87$ ;  $p = 0,00$ ), função de MMSS ( $r = 0,83$ ;  $p = 0,00$ ), autocuidado e energia ( $r = 0,80$ ;  $p = 0,00$ ), humor ( $r = 0,77$ ;  $p = 0,00$ ), linguagem ( $r = 0,69$ ;  $p = 0,00$ ), papéis familiares ( $r = 0,67$ ;  $p = 0,00$ ), papéis sociais ( $r = 0,61$ ;  $p = 0,00$ ), memória ( $r = 0,56$ ;  $p = 0,00$ ), personalidade ( $r = 0,53$ ;  $p = 0,01$ ).

As correlações entre a QV e as características clínicas, sociodemográficas e familiares dos sujeitos estão representadas na Tabela II.

**Tabela II** - Correlação entre os escores da QV e as características clínicas, sociodemográficas e familiares dos sujeitos avaliados (n=22).

Variáveis	Valor de r	Valor de p
<b>Características clínicas</b>		
QV x MEEM	0,65	0,00*
QV x Membro acometido	- 0,01	0,95
QV x Tempo de AVE (meses)	-0,01	0,96
QV x Idade em que ocorreu o 1º AVE (anos)	-0,62	0,00*
QV x Quantidade de AVE	-0,21	0,36
QV x Tipo AVE	0,09	0,70
QV x Tempo de fisioterapia (meses)	0,01	0,96
<b>Características sociodemográficas</b>		
QV x Idade	-0,48	0,02*
QV x Gênero	0,50	0,02*
QV x Escolaridade	0,52	0,01*
QV x Estado civil	0,20	0,36
QV x Renda	0,48	0,02*
QV x Número de pessoas na residência	0,49	0,02*
QV x Mora em área rural	-0,26	0,24
QV x Etnia	0,12	0,58

Características familiares		
QV x Apoio familiar	-0,11	0,62
QV X Conflito familiar	-0,01	0,97
QV x Mudanças na estrutura familiar	0,27	0,23
QV x Cuidador	0,42	0,05*
QV x Cuidador familiar	0,18	0,43

QV= qualidade de vida; MEEM= mini exame do estado mental;

MMSS= membros superiores; MMII= membros inferiores; AVE= acidente vascular encefálico; \*  $p \leq 0,05$ .

Todas as correlações estatisticamente significativas foram diretamente proporcionais, à exceção dos itens idade e idade do primeiro AVE, que mostraram correlação inversamente proporcional com a QV.

## Discussão

A maior parte da amostra foi composta por sujeitos acima dos 60 anos de idade (média de 62,91 ( $\pm 8,07$ ) anos) e, em relação ao gênero, houve distribuição semelhante da amostra. Diferentes estudos sobre qualidade de vida no AVE têm avaliado amostra semelhante ao do presente estudo no que diz respeito à idade e gênero [17-21]. Em relação à escolaridade, a presente amostra mostrou grau intermediário, com pouco mais da metade da amostra com ensino fundamental completo, ensino médio ou superior. No estudo de Fróes *et al.* [20], a maioria da amostra foi composta por sujeitos com ensino fundamental completo ou incompleto, assim como no estudo de Rachpukdee *et al.* [21]. Já, nos estudos de Cerniauskaite *et al.* [22] e Haley *et al.* [18], a maioria dos participantes apresentaram ensino médio ou superior. Ainda, a maioria dos sujeitos avaliados no presente estudo eram casados, o que se assemelha aos estudos de Fróes *et al.* [20], Rachpukdee *et al.* [21], Cerniauskaite *et al.* [22].

O fato de a maioria dos nossos sujeitos serem aposentados pode ser justificado pela idade e/ou pelo fato de que as sequelas do AVE muitas vezes são incapacitantes e prejudicam ou até mesmo impossibilitam o retorno ao trabalho, ocasionando aposentadorias precoces [23]. A renda dos sujeitos avaliados mostrou-se baixa, o que pode estar relacionado com a situação de aposentadoria. O estudo de Fróes *et al.* [20], também realizado com brasileiros, mostrou uma renda de até um salário mínimo para a maioria dos sujeitos avaliados.

Em relação ao tempo do AVE, a média foi de 59 meses, ou seja, grande parte dos sujeitos encontrava-se na fase crônica da doença. Os estudos de Fróes *et al.* [20] e Cerniauskaite *et al.* [22] também envolveram sujeitos, em sua maioria, em fase crônica. Isso indica longo período de cuidado e atenção por parte dos cuidadores e/ou familiares. Por isso, a saúde do cuidador atualmente também vem merecendo destaque. No presente estudo, a maioria relatou ter apoio familiar, sendo que a maioria tem cuidador e este é familiar. Apesar disso, muitos destacam a mudança na estrutura familiar. Estes aspectos podem interferir na qualidade de vida do sujeito acometido pelo AVE como também do cuidador e familiares

[25]. Rachpukdee *et al.* [21] relatam que 48% dos sujeitos do seu estudo eram cuidados por seu cônjuge e 52% por filhos, parentes ou viviam sozinhos. Haley *et al.* [18] também destacam que 27% dos seus avaliados viviam sozinhos.

Todos os sujeitos avaliados realizavam fisioterapia, no entanto, somente metade deles iniciou o tratamento na fase aguda da doença. Dos estudos mais recentes encontrados, apenas o de Fróes *et al.* [20] avaliou a realização de fisioterapia por parte dos sujeitos, relatando apenas não haver associação entre qualidade de vida e a participação em algum programa de reabilitação.

Em relação à avaliação da QV, observou-se um baixo escore, o que implica em uma percepção ruim dos sujeitos sobre sua QV. Papéis familiares e sociais, trabalho/produktividade, energia e mobilidade foram os domínios mais afetados. Os menos afetados foram visão, memória e linguagem. Um estudo de Cordini, Oda, Furlanetto [25], utilizando a mesma escala do presente estudo, mostrou que os domínios mais prejudicados na avaliação da QV foram os da energia, do trabalho, da função de MMSS e dos papéis sociais. Os domínios menos afetados foram os da visão, humor, do comportamento e de papéis familiares, o que concorda em parte com os resultados do presente estudo. No estudo de Gunaydin *et al.* [19], também utilizando a escala EQVE-AVE, os domínios da QV mais afetados foram mobilidade, autocuidado, papel social e trabalho/produktividade para os idosos e, energia, autocuidado, função de MMSS e trabalho/produktividade para os não idosos. Segundo este último estudo, para os idosos avaliados, todos os domínios e, especificamente, os domínios relacionados à função física foram negativamente afetados pelo AVE e o principal determinante para a QV foi o estado funcional. Já, para Carod-Artal, Egido [11], o bem-estar físico e psicossocial estão fortemente afetados nos sujeitos pós-AVE e seus cuidadores. O estudo de Haley *et al.* [18], utilizando a escala SF-12, aponta que tanto os domínios relacionados à saúde física quanto mental são afetados pelo AVE.

No presente estudo, todos os domínios apresentaram correlação com o escore total da QV, com exceção da visão. O domínio com maior correlação foi o de mobilidade e o de menor correlação o da personalidade. De qualquer maneira, as correlações apresentaram-se de moderadas a altas. Isso significa que tanto aspectos físicos quanto sociais e cognitivos influenciaram na baixa percepção sobre a QV dos sujeitos, demonstrando a importância de se avaliar de forma ampla o impacto da doença cerebrovascular sobre o sujeito, considerando o contexto no qual está inserido.

Quando correlacionadas as características sociodemográficas, clínicas e familiares com a QV pode-se observar correlações significativas entre algumas variáveis. Uma melhor função cognitiva, verificada pelo MEEM, está correlacionada com uma melhor QV. De acordo com Carod-Artal *et al.* [26], estados cognitivos alterados podem configurar fatores contribuintes para a pobre percepção da QV em sujeitos com sequela de AVE.

No presente estudo, houve correlação entre idade e QV, sendo que quanto menor a idade do sujeito, melhor sua per-

cepção sobre a QV. Segundo Jönsson *et al.* [27], a idade é um dos mais importantes determinantes da qualidade de vida após um AVE. Singhpoo *et al.* [28] também descrevem a relação entre essas duas variáveis. Por outro lado, Gunaydin *et al.* [19] relatam que a idade não influencia na QV, conforme estudo comparando idosos e não idosos após AVE. Para esses autores, os estudos que investigaram os efeitos da idade na QV são contraditórios e isso pode estar relacionado com a diferença entre o desenho dos estudos, características dos sujeitos e o uso de diferentes escalas de avaliação da QV.

Em relação à idade do primeiro AVE também foi observado que quanto menor a idade de ocorrência do AVE, melhor a QV do sujeito. A idade é um dos fatores que influenciam a recuperação funcional após lesões, portanto, indivíduos mais jovens podem apresentar melhor estado geral e melhor percepção sobre a QV. Já, o tempo de lesão não apresentou correlação significativa com a QV, ou seja, a QV independe da fase da doença (aguda ou crônica) em que o sujeito se encontra. Do contrário, no estudo de Fróes *et al.* [20], os sujeitos com maior tempo de lesão, mais jovens e independentes apresentaram melhor QV.

Quanto ao gênero, no presente estudo, a QV apresentou melhores índices em sujeitos do gênero masculino. Diversos estudos apontam a relação entre pior percepção da QV e sexo feminino [8,20,29-31]. Por outro lado, Haley *et al.* [18] não encontraram diferenças entre os gêneros.

Os sujeitos com maior escolaridade e renda apresentaram melhor QV neste estudo, concordando com o estudo de Singhpoo *et al.* [28]. Já, para Fróes *et al.* [20], o nível educacional não está associado à QV. Conforme Chagas e Monteiro [32], pessoas de classes sociais mais baixas e baixa escolaridade são frequentemente acometidas por enfermidades crônicas que influenciam as AVDs e a QV, já que possuem menor acesso à informação, à alimentação adequada e atividades físicas. O fato de a maioria dos sujeitos avaliados estarem aposentados pode contribuir para uma renda mais baixa e uma pior percepção da QV, pois, conforme Cerniauskaite *et al.* [22] pessoas empregadas apresentam mais alta QV por estarem engajadas em uma atividade laboral.

Não houve correlação entre QV e estado civil, concordando com o estudo de Fróes *et al.* [20]. No entanto, foi observada uma relação direta com o número de pessoas na residência do sujeito e sua QV, ou seja, quanto maior o número de pessoas, melhor a QV. Ainda, a ação/presença do cuidador mostrou-se diretamente relacionada com a QV dos sujeitos avaliados. Para Haley *et al.* [18], pessoas que vivem sozinhas reportam um grande aumento de sintomas depressivos após o AVE quando comparados com aqueles que moram com a família ou amigos, sendo o isolamento social um conhecido fator de risco para a depressão e pior percepção da QV. De acordo com o estudo de Rachpukdee *et al.* [21], ser solteiro ou viúvo configura um preditor de QV insatisfatória, possivelmente porque esposa e filhos podem prover cuidado informal, incluindo suporte mental e material.

Para Almborg *et al.* [8], Carod-Artal, Egido [11] e Muus, Petzold, Ringsberg [33], a falta de suporte emocional e social, principalmente familiar, dentre outros aspectos são fatores

que influenciam negativamente na QV. Laurent *et al.* [10] descrevem que adequado suporte social pode ser importante para a recuperação da independência. Conforme Petrea *et al.* [30] e Hinojosa, Rittman, Hinojosa [34], o suporte social é uma variável promissora em prever os resultados pós-AVE e explicar a diferença de gêneros. Haley *et al.* [18] destacam que a pior percepção das mulheres sobre sua QV pode estar relacionada com a falta de um cuidador. Ainda, no estudo de Fróes *et al.* [20] houve correlação significativa entre vida social ativa e domínios da função física, saúde geral, vitalidade, saúde emocional e mental da QV. Esses estudos demonstram a importância da presença de um cuidador, seja ele formal ou informal, a necessidade de apoio/suporte para o paciente e seus familiares e cuidadores, bem como, a relevância da participação social dos sujeitos após o AVE para sua QV.

A correlação entre QV e tempo de fisioterapia não se mostrou estatisticamente significativa. No estudo de Fróes *et al.* [20], a QV não esteve associada à participação dos sujeitos em algum programa de reabilitação prévio. O tempo após a lesão e o tempo de fisioterapia dos sujeitos avaliados no presente estudo foi bastante variável, assim como as características individuais e clínicas, isso, talvez, possa ter influenciado os resultados. Deve-se considerar que, além dos aspectos físicos, normalmente enfatizados no tratamento fisioterapêutico, outros fatores mostraram interferência na QV dos sujeitos avaliados. Segundo Almborg *et al.* [8], para pacientes com AVE, a recuperação das atividades e participação social na comunidade, normalmente, é mais importante que a recuperação das funções físicas.

Para Fraas, Calvert [35] muitos aspectos podem contribuir para a percepção do sucesso da recuperação, estilo de vida produtivo e QV positiva, entre eles, o desenvolvimento efetivo de estratégias de enfrentamento para direcionar os resultados físicos e psicológicos. Conforme Algurén *et al.* [12], fatores relacionados com a QV variam com o tempo e refletem mudanças nos padrões internos, valores e expectativas influenciadas pelo processo de recuperação. Diante disso, torna-se importante guiar a reabilitação considerando-se o contexto biopsicossocial de cada sujeito.

## Conclusão

O estudo forneceu uma ideia geral das condições clínicas, sociodemográficas e familiares de sujeitos pós-AVE e de sua percepção sobre a QV. Os resultados indicaram que aspectos como papéis familiares e sociais, trabalho/produktividade, energia e mobilidade foram os domínios mais afetados, no entanto todos os domínios avaliados mostraram correlações moderadas a altas com a QV, exceto a visão. Além disso, a QV está relacionada, principalmente como estado cognitivo, renda, idade do primeiro AVE, idade, gênero, escolaridade, número de pessoas na residência e presença de cuidador. Isso indica que é preciso considerar mais do que fatores físicos quando se busca realizar o planejamento, acompanhamento e o direcionamento da atuação fisioterapêutica, embora os resultados do presente estudo não possam ser generalizados.

Diante disso, é preciso cuidar da doença, mas, sobretudo garantir a QV destes sujeitos.

As principais limitações do estudo foram o tamanho amostral, a heterogeneidade dos sujeitos e a ausência de um acompanhamento longitudinal. Além disso, deve-se considerar que muitos dos estudos que avaliaram a qualidade de vida de sujeitos pós-AVE utilizaram escalas genéricas, o que pode dificultar e interferir na comparação dos resultados. Portanto, torna-se importante a realização de novos estudos para melhor compreender a relação das variáveis analisadas, além de relacionar a QV com outros fatores que possam estar prejudicados por manifestações provocadas pelo AVE, contribuindo, assim, para a melhora da atenção voltada a esses sujeitos.

## Agradecimentos

Agradecemos os participantes do estudo e seus familiares pela atenção e disponibilidade e a colega Márcia Guedes pela colaboração no recrutamento dos sujeitos.

## Referências

- Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente vascular cerebral – hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Med Port* 2004;17:187-92.
- Mendez-Otero R, Giraldo-Guimarães A, Pimentel-Coelho PM, Freitas GR. Terapia celular no acidente vascular cerebral. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2009;31(7):99-103.
- Terroni LMN, Mattos PF, Sobreiro MFM, Guajardo VD, Fráguas R. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin* 2009;36(s3):100-8.
- Gupta A, Deepika S, Taly AB, et al. Quality of life and psychological problems in patients undergoing neurological rehabilitation. *Ann Indian Acad Neurol* 2008;11(4):225-30.
- Franceschini M, La Porta F, Agosti M, Massucci M. Is health-related-quality of life of stroke patients influenced by neurological impairments at one year after stroke? *Eur J Phys Rehabil Med* 2010;46(3):389-9.
- Fraas MR. Enhancing quality of life for survivors of stroke through phenomenology. *Top Stroke Rehabil* 2011;18(1):40-6.
- Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2009;17(3):255-62.
- Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2196-206.
- Gosman-Hedström G, Claesson L, Blomstrand C. Consequences of severity at stroke onset for health-related quality of life (HRQL) and informal care: a 1-year follow-up in elderly stroke survivors. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47:79-91.
- Laurent K, De Sèze MP, Delleci C, Koleck M, Dehail P, Orgogozo JM, Mazaux JM. Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54(6):376-90.
- Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(Suppl 1):204-14.
- Algurén B, Fridlund B, Cieza A, Sunnerhagen KS, Christensson L. Factors associated with health-related quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study. *Neurorehabil Neural Repair* 2012;26:266-74.
- van Mierlo ML, van Heugten CM, Post MW, Lindeman E, de Kort PL, Visser-Meily JM. A longitudinal cohort study on quality of life in stroke patients and their partners: Restore Stroke Cohort. *Int J Stroke* 2012. In press.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli R, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003;61(3-B):777-81.
- Lökk J. Caregiver strain in Parkinson's disease and the impact of disease duration. *Eur J Phys Med Rehabil* 2008;44:39-45.
- Martínez-Martín P, Forjaz MJ, Rusinó AB, Fernández-García JM, Benito-León J, Arillo VC, et al. Caregiver burden in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22(7):924-31.
- Barclay-Goddard R, Lix LM, Tate R, Weinberg L, Mayo NE. Health-related quality of life after stroke: does response shift occur in self-perceived physical function? *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(11):1762-9.
- Haley WE, Roth DL, Kissela B, Perkins M, Howard G. Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Qual Life Res* 2011;20:799-806.
- Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;53:19-23.
- Fróes KSSO, Valdés MTM, Lopes DPLO, Silva CEP. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(2-B):371-6.
- Rachpukdee S, Howteerakul N, Suwannapong N, Tang-Aroonsin S. Quality of life of stroke survivors: a 3-month follow-up study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012. In press.
- Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, Meucci P, Sattin D, Leonardi M, Raggi A. Quality-of-life and disability in patients with stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 2012;91(2 Suppl):S39-S47.
- Scalzo PL, De Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Rev Neurocienc* 2010;18(2):139-44.
- Cramm JM, Strating MMH, Nieboer AP. Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Qual Life Res* 2012;21:1719-25.
- Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos. *J Bras Psiquiatr* 2005;54(4):312-7.
- Carod-Artal FJ, Egido JA, Gonzalez JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke* 2000;31(12):2995-3000.
- Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, Norrving B, Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005;36:803-8.
- Singhoo K, Charentanyarak L, Ngamroop R, Hadee N, Chantachume W, Lekbunyasiri O. Factors related to quality of life of stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012;21(8):776-81.
- Leach MJ, Gall SL, Dewey HM, Macdonell RAL, Thrift AG. Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82:1365-71.
- Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham Heart Study. *Stroke* 2009;40:1032-7.
- Reeves M J, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: Epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol* 2008;7:915-26.
- Chagas NR, Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta Sci Health Sci* 2004;26:193-204.
- Muus I, Petzold M, Ringsberg KC. Health-related quality of life among Danish patients in 3 and 12 months after TIA or mild stroke. *Scand J Caring Sci* 2010;24:211-8.
- Hinojosa MS, Rittman M, Hinojosa R. Informal caregivers and racial/ethnic variation in health service use of stroke survivors. *J Rehabil Res Develop* 2009;46:233-41.
- Fraas M, Calvert M. The use of narratives to identify characteristics leading to a productive life following acquired brain injury. *Am J Speech Lang Path* 2009;18:315-28.