

## **COORTE PROSPECTIVA DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: HABILIDADE FUNCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO**

Evelyn Thais de Almeida Rodrigues(1); Suellen Marinho Andrade(1); Camila Teresa Ponce Leon de Mendonça Tagliaferro(2); Tainá Lacerda Gomes Lima(3); Pedro Emmílio de Lima Marinho(4)

(1) *Universidade Federal da Paraíba*, evelyn\_thaisar@hotmail.com; (2) *Faculdade Internacional da Paraíba*, camila\_ponce@hotmail.com; (3) *Universidade Federal de Pernambuco*, tainalacerda\_@hotmail.com; (4) *Universidade Federal de Pernambuco*, pedro.elm@hotmail.com;

**Resumo:** O acidente vascular cerebral (AVC) interfere na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes, sendo mais prevalente em idosos. Conhecer o perfil dos pacientes e identificar possíveis fatores de risco pode ser útil no manejo terapêutico e prognóstico dos mesmos. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a repercussão da lesão cerebral na habilidade funcional e qualidade de vida de idosos, bem como identificar possíveis preditores relacionados a fatores de risco para uma nova lesão vascular. Realizou-se um estudo de coorte prospectiva envolvendo 780 pacientes com sequelas de AVC com idade média de  $61 \pm 7,56$  anos.. As variáveis habilidade funcional e qualidade de vida foram, respectivamente, analisadas através da Escala de Avaliação de Fugl-Meyer e do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida. Para análise estatística, utilizou-se o teste de correlação de Pearson e o alfa de Cronbach, considerando  $p < 0,05$ . Para definição dos fatores de risco, foram identificados preditores relacionados à possível ocorrência de novo AVC, em um período de seis meses de seguimento, por meio de regressão logística. Em relação aos resultados, o escore médio alcançado em termos de habilidade funcional foi de  $41,5 \pm 16,01$  pontos, existindo alteração no equilíbrio ( $10,38 \pm 1,93$ ) e nos níveis de dor dos pacientes. A qualidade de vida encontrou-se prejudicada nos participantes, principalmente nos domínios aspectos físicos ( $21,87 \pm 36,44$ ), saúde mental ( $35,00 \pm 38,11$ ) e aspectos emocionais ( $37,49 \pm 37,03$ ). Considerando a alta incapacidade decorrente do AVC para a população idosa, tornam-se imperativas ações de saúde que fomentem a qualidade de vida e independência funcional desses pacientes.

**Palavras-chave:** acidente cerebrovascular; habilidade funcional; qualidade de vida; envelhecimento.

### **INTRODUÇÃO**

O termo acidente vascular cerebral (AVC) é usado para designar o déficit neurológico (transitório ou definitivo) em uma área cerebral secundário a lesão vascular <sup>1</sup>. Representa uma das principais causas de internações, morbidade e deficiências na população brasileira <sup>2</sup>. Em um estudo de base populacional, realizado predominantemente em países desenvolvidos, foi encontrada uma incidência de AVC de 0,01% a 0,03% em indivíduos com menos de 45 anos de idade e de 1,2% a 2,0% em indivíduos com mais de 75 anos. Em relação à prevalência, encontrou-se um valor de 4,6% a 7,3% em pessoas com mais de 65 anos de idade.

O episódio de AVC, quando acomete principalmente uma pessoa idosa, impede-a de executar as atividades de vida diária, limitando sua funcionalidade. Alterações sensoriais, perda da fala, distúrbios cognitivos, dificuldade em realizar movimentos e distúrbios visuais são as principais sequelas deixadas pelo AVC, que minoram sua qualidade de vida<sup>4</sup>.

Pela importância e pelo valor social desta doença, é necessário continuar desenvolvendo estudos relacionados à identificação dos fatores de risco, voltados para otimização dos programas da prevenção e do tratamento, da recuperação funcional e da reintegração familiar e social. É também importante saber o impacto da doença e suas sequelas na capacidade e no estilo funcional da vida do indivíduo, e a maneira em que este percebe e avalia sua situação. Assim, a avaliação da qualidade de vida e da habilidade funcional constitui um indicador clínico útil para quantificar as melhorias na saúde, de acordo com a perspectiva do sujeito<sup>5</sup>.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a repercussão do acidente vascular cerebral na habilidade funcional e qualidade de vida de idosos e identificar os principais fatores de risco inerentes ao aparecimento de um novo episódio de lesão vascular.

## **METODOLOGIA**

- *Tipo do Estudo e Caracterização da Amostra*

Realizou-se um estudo do tipo coorte, de caráter prospectivo, cuja amostra foi composta por 780 idosos atendidos na Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD), na cidade de João Pessoa – PB. Os indivíduos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão, apresentar sequela de afecção neurológica decorrente de acidente vascular cerebral e ter idade igual ou superior a 60 anos; e critérios de exclusão, incapacidade de completar a entrevista por alterações decorrentes da condição física e/ou presença de prejuízo cognitivo.

- *Procedimentos*

A coleta de dados foi realizada por meio de uma avaliação com questões relacionadas às características demográficas e clínicas. As variáveis idade, sexo e tempo do evento cerebrovascular foram obtidas através de auto-relato e dos prontuários.

As variáveis habilidade funcional e qualidade de vida foram, respectivamente, analisadas através da aplicação da Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM) e do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36).

- *Habilidade Funcional*

Uma mensuração do comprometimento motor e sensorial seguido ao AVC, conhecida como Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM), foi desenvolvida e introduzida, em 1975, por Fugl-Meyer e colaboradores. Esta escala foi o primeiro instrumento quantitativo para mensuração sensorio-motora da recuperação do AVC e é, provavelmente, a escala mais conhecida e usada para a pesquisa e/ou prática clínica <sup>6</sup>.

Este instrumento avalia a capacidade funcional da extremidade superior e inferior. A pontuação máxima da extremidade superior é igual a sessenta e seis pontos (66) e a da inferior, trinta e quatro (34), dando uma pontuação da função motora máxima igual a cem pontos (100), o que define a função motora normal. Foi estabelecido ainda, por estes autores, quatro níveis de comprometimento motor: nível severo corresponde a pontuações menores que 50, que representam pequena ou nenhuma movimentação voluntária dos membros afetados; nível marcante com pontuação de 51 a 84; nível moderado com pontuação entre 85 a 95, onde especificamente a função da mão pode estar altamente comprometida e nível leve de comprometimento motor quando a pontuação ocorre de 96 a 99. O equilíbrio é avaliado por sete itens, utilizando-se a mesma escala de graduação. A sensibilidade é testada através da exterocepção e propriocepção recebendo uma classificação de (0) para anestesia, (1) hipoestesia e (2) sensibilidade normal. A movimentação é avaliada com pontuações de (0) para nenhum ou quase nenhum grau de movimentação; (1) perda de alguns graus de movimentação e (2) para amplitude normal de movimento. Para a avaliação da dor, (0) significa dor pronunciada, (1) alguma dor e (2) ausência de dor <sup>7</sup>.

- *Qualidade de Vida*

O Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) é um instrumento amplamente empregado para mensuração da qualidade de vida e recomendado para utilização em políticas de saúde, exames da população em geral, bem como na prática clínica. No campo da neurologia, o SF-36 tem sido utilizado em casos relacionados ao acidente vascular encefálico, desordem do neurônio motor, síndrome de Parkinson, epilepsia e esclerose múltipla <sup>8</sup>.

Baseado em um modelo multidimensional de saúde, o SF-36 divide-se em 8 domínios: capacidade funcional (CF), estado geral da saúde (EGS), dor, aspectos físicos (AF), saúde mental (SM), vitalidade (VIT), aspectos sociais (AS) e aspectos emocionais (AE). A avaliação de cada item é feita utilizando o método dos pontos somados (método de Likert), com valores que variam de 0 a 100 pontos, sendo que os maiores escores indicam melhor qualidade de vida <sup>9</sup>.

- *Fatores de risco*

Após a avaliação integral (incluindo aspectos sócio-demográficos, habilidade funcional e qualidade de vida), iniciou-se o acompanhamento da amostra, realizando-se visitas mensais aos domicílios dos pacientes e registro em um caderno para identificação da ocorrência de novos episódios de acidente vascular. A partir da identificação do evento, era definido o grupo controle (sem nova lesão) e o grupo caso (com nova lesão). O acompanhamento ocorreu por seis meses, de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

- *Análise Estatística*

Utilizou-se o teste de correlação de Pearson entre os domínios dos instrumentos. A interpretação de correlação foi realizada, segundo a classificação proposta por Silqueira<sup>10</sup>. A consistência interna foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . O programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão Windows 20.0, foi utilizado para tabulação dos dados obtidos.

Além disso, os dados coletados a respeito do idoso foram agrupados segundo fatores de risco para ocorrência de novo AVC. Esses fatores de risco foram associados à probabilidade de ocorrência de pelo menos um acidente nos próximos seis meses. A associação foi feita por meio da estatística Odds Ratio (razão de chances), intervalo de confiança e p-valor da estatística baseada na distribuição qui-quadrado e regressão logística. As variáveis preditoras utilizadas foram aspectos cognitivos, fisiológicos, comorbidades e medicamentos.

- *Aspectos Éticos*

Os pacientes foram informados sobre o protocolo de estudo e esclarecidos sobre o objeto do trabalho. Todos os pacientes incluídos no estudo assinaram termo de consentimento para sua participação na pesquisa. Será respeitada a autonomia do participante da pesquisa, garantia do seu anonimato, assegurando sua privacidade quanto a dados confidenciais, como rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPB.

## **RESULTADOS**

A amostra incluiu 780 indivíduos ( $61 \pm 7,56$  anos), sendo 62,3% do sexo feminino. O tempo em que ocorreu o acidente vascular encefálico, contado regressivamente até o início das avaliações, foi classificado em 3 categorias assim distribuídas entre os pacientes: até um ano (12,5%), de 1 a 5

anos (25%), acima de 5 anos (62,5%). Não houve correlação significativa entre as variáveis idade, tempo do evento, habilidade funcional e qualidade de vida ( $p = 0,83$ ).

- *Habilidade Funcional*

Segundo a Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM), que apresenta escore máximo de 100 pontos, a população pesquisada obteve escore médio de  $41,5 \pm 16,01$  pontos, enquadrando-se nos níveis moderado e severo de comprometimento funcional<sup>11</sup>, indicado na Figura 1.

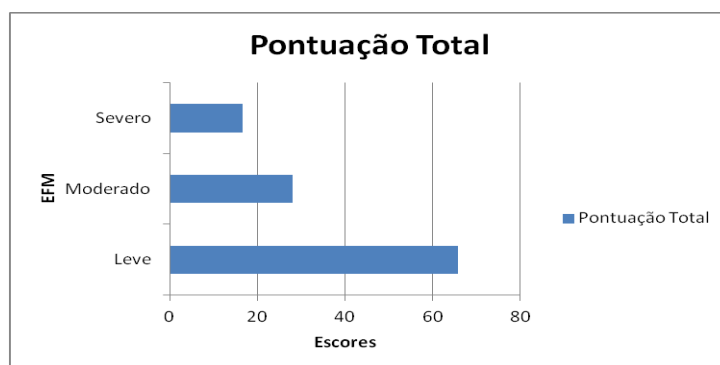


Figura 1. Pontuação dos participantes, segundo a Escala de Avaliação de Fugl-Meyer (EFM)

Analisando-se o comprometimento motor da extremidade superior e inferior separadamente, observou-se déficit funcional em todos os segmentos e, em alguns casos, alcance do valor mínimo, com nenhuma movimentação articular apresentada, conforme demonstrado na Tabela 1. Contudo, todos os pacientes apresentaram atividade reflexa normal nos membros superiores e inferiores.

Tabela 1 - Comprometimento Funcional do Membro Superior e Inferior, segundo EFM

Segmento (Pontuação Máxima)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Membro Superior</b>				
Ombro/Cotovelo (28)	11,88	8,37	0	28
Punho (10)	3,50	3,20	0	8
Mão (16)	2,25	2,18	0	6
Coordenação/Velocidade (6)	1,63	1,92	0	5
<b>Membro Inferior</b>				
Quadril (6)	3,13	0,35	3	4
Joelho (8)	4,13	1,55	1	6
Tornozelo (8)	1,75	1,28	0	4
Coordenação/Velocidade (8)	1,1	1,24	0	3



A gravidade da dor, distribuída em quatro categorias, apresentou-se do seguinte modo: ombro/cotovelo (pronunciada, em 50%; alguma dor, 12,5%; ausência de dor, 37,5%); punho (pronunciada, em 25%; alguma dor, 12,5%; ausência de, 62,5%); mão (pronunciada, em 25% e ausência de em 75%); quadril e joelho (pronunciada, em 25%; alguma dor, 37,5%; ausência de dor, 37,5%); tornozelo (pronunciada, em 25%; ausência de dor, 75%).

Quanto ao equilíbrio, cujo total equivale a 14 pontos, conforme EFM, o escore médio foi de  $10,38 \pm 1,93$ , com valor mínimo correspondente a 7 e máximo igual a 12. Já a sensibilidade mostrou-se pouco alterada nos pacientes, com alcance médio de  $22,63 \pm 3,50$ , onde o valor máximo, de acordo com EFM, é igual a 24 pontos.

- *Qualidade de Vida*

Para todo o Instrumento, foi obtido um valor para alfa de Cronbach igual a 0,90, considerado excelente<sup>10</sup>, demonstrando que houve consistência nas respostas dos indivíduos às questões do SF-36. Tal resultado pode ser verificado para cada um dos domínios, como apresentado na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Valores dos Domínios da Qualidade de Vida, segundo SF-36

<b>Categorias</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>	<b>Quartil 1</b>	<b>Mediana</b>	<b>Quartil 3</b>	<b>Valor Médio</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	0,0	95,00	0,0	40,00	73,75	45,00	37,32	<b>0,89</b>
<b>Aspectos Físicos</b>	0,0	100,00	0,0	21,87	43,75	0,0	36,44	<b>0,91</b>
<b>Dor</b>	0,0	100,00	0,0	47,00	96,00	46,00	44,92	<b>0,86</b>
<b>Estado Geral de Saúde</b>	0,0	100,00	20,0	53,62	81,50	53,50	35,53	<b>0,88</b>
<b>Vitalidade</b>	0,0	75,00	0,0	34,37	63,75	37,50	31,89	<b>0,87</b>
<b>Aspectos Sociais</b>	0,0	100,00	0,0	42,18	84,37	37,50	43,26	<b>0,86</b>
<b>Aspectos Emocionais</b>	0,0	100,00	8,35	37,49	58,32	33,33	33,03	<b>0,95</b>
<b>Saúde Mental</b>	<b>0,0</b>	<b>84,00</b>	<b>0,0</b>	<b>35,00</b>	<b>75,00</b>	<b>24,00</b>	<b>38,11</b>	<b>0,87</b>

Em relação às correlações, ressaltando que valores maiores indicam menor comprometimento daquele domínio, observou-se que entre todos os domínios, com exceção das

categorias aspectos funcionais e emocionais, a correlação foi positiva e estatisticamente significativa, apontando para uma boa consistência interna entre eles (Tabela 3).

Tabela 3 - Matriz de Correlações entre os Domínios do SF-36

Categorias	CF	AF	Dor	EGS	VIT	AS	AE	SM
CF	1,0	0,844	0,035*	0,042*	0,136	0,081	0,135	0,032*
AF	0,844	1,0	0,280	0,642	0,459	0,105	0,116	0,895
Dor	0,035*	0,280	1,0	0,003*	0,005*	0,000*	0,877	0,007*
EGS	0,042*	0,642	0,003*	1,0	0,017*	0,008*	0,781	0,000*
VIT	0,136	0,459	0,005*	0,017*	1,0	0,008*	0,641	0,012*
AS	0,081	0,105	0,000*	0,008*	0,008*	1,0	0,619	0,024*
AE	0,135	0,116	0,877	0,781	0,641	0,619	1,0	0,641

\*Valores de correlação no nível de significância de 0,05

- *Fatores de risco*

As probabilidades estimadas, ordenadas e plotadas em gráfico forneceram a curva ROC (Receiver Operating Characteristic), conforme demonstrado na Figura 2. A área sob a curva é capaz de prever a capacidade do modelo em detectar os idosos que tinham chance de ter novo AVC. A estimativa de probabilidade de cada indivíduo da amostra para sofrer nova lesão cerebral, em função das variáveis significativas, forneceu informações sobre os indivíduos.

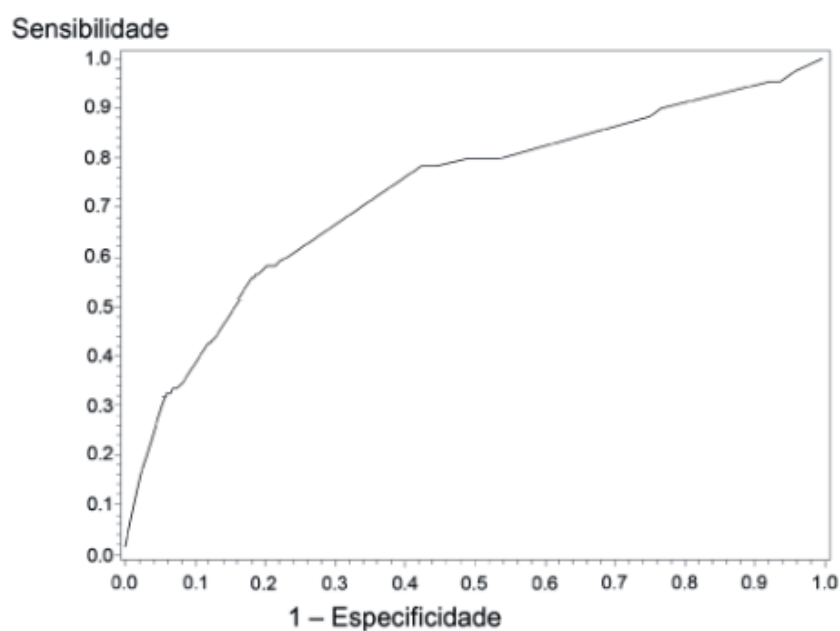


Figura 2 - Curva ROC dos diversos pontos de corte das probabilidades estimadas de ocorrência de novo acidente vascular cerebral

A análise da melhor pontuação de corte, maximizando a sensibilidade e especificidade, foi de 0,325, com sensibilidade de 57% e especificidade de 78%. Dessa forma, um idoso com mobilidade física prejudicada, mais de cinco comorbidades e polifarmácia apresentou probabilidade de 41% de sofrer nova lesão cerebral em seis meses. A tabela 4 mostra as dimensões estudadas em termos de razão de chances ou odds ratio (OR) e intervalos de confiança.

Tabela 4 – Associação entre fatores de risco e ocorrência de novo acidente vascular cerebral

Fatores de risco	Sem nova lesão (n=510) n	Com nova lesão (n=270) n	OR†	IC'95%	p
<b>Cognitivo</b>					
MEEM# comprometido	78	130	1,54	0,62-4,12	0,31
<b>Fisiológico</b>					
AVD§ dependência forte	51	86	2,78	1,10-3,72	0,04*
AVD§ dependência moderada	443	147	2,59	0,94-3,91	0,02*
AVD§ independente	16	37	1,11	0,34-4,12	0,49
<b>Comorbidades</b>					
Diabetes	77	96	1,03	0,86-5,22	0,96
Insônia	21	37	1,21	0,21-2,96	0,41
Polipatologia°	126	198	2,94	0,94-3,56	0,01*
<b>Medicamentos</b>					
Polifarmácia	140	189	2,87	0,87-3,81	0,04*
Antidepressivo	56	82	1,16	0,34-4,16	0,74

†Odds Ratio

‘Intervalo de confiança

#Miniexame do Estado Mental

§Atividade de vida diária

° Cinco ou mais comorbidades

## DISCUSSÃO

Trabalhos recentes sugerem que avaliar apenas aspectos relacionados às perdas neurológicas sofridas após um acometimento por AVC é simplificar as necessidades do paciente. Para uma análise mais precisa, é necessário arrolar aspectos como a incapacidade funcional a fatores ligados com auto-percepção sobre saúde, bem estar físico e interação social, que conjuntamente interferem na qualidade de vida do indivíduo<sup>12, 13</sup>.



Distúrbios relacionados à mobilidade e ao comprometimento motor são comuns após um acidente vascular encefálico <sup>14</sup>. A permanência de sequelas incapacitantes impõe aos pacientes limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, atingindo todas as esferas de sua vida <sup>15</sup>. Neste estudo, cerca de 75% dos pacientes apresentaram comprometimento motor severo e 25% do total, comprometimento marcante. Clark et al <sup>16</sup> encontraram uma porcentagem semelhante de incapacidade funcional em um trabalho envolvendo 567 pacientes com história de AVC; e no estudo de O'Mahony et al<sup>18</sup>, os resultados demonstraram uma incidência de incapacidade moderada e grave de AVC em mais de 70% dos pacientes pesquisados.

O equilíbrio dos indivíduos avaliados atingiu um escore de moderada alteração, não apresentando grave comprometimento. Tomando-se como fator relevante o tempo da lesão dos sujeitos deste estudo, onde a maioria sofreu AVC há mais de 5 anos, pode-se correlacionar estes achados com os encontrados por Pyoria et al <sup>18</sup> que compararam o índice de equilíbrio de 54 pacientes com sequelas de AVC. Os sujeitos foram alocados em dois grupos, de acordo com o tempo da injúria. Aqueles pacientes que haviam sofrido o AVC há mais tempo apresentaram melhores índices de equilíbrio e velocidade durante os movimentos. Os autores sugerem que o paciente desenvolve estratégias compensatórias, ao longo do tempo, ao déficit de controle postural, baseadas em processos envolvendo o sistema sensório-motor; contudo estas estratégias, principalmente com o aumento da idade, podem tornar-se danificadas ou instáveis.

Martins et al <sup>5</sup> avaliaram a habilidade funcional e a qualidade de vida de 273 indivíduos que tiveram um acidente vascular encefálico, com tempo decorrido do evento acima de 12 meses. Os resultados encontrados assemelham-se aos do presente trabalho, em que aspectos relacionados ao estado afetivo-emocional foram mais prejudicados que àqueles relacionados à dor. Os pesquisadores sugeriram em seu estudo que a autopercepção do estado de saúde se relaciona fortemente com o estado emocional, com a capacidade de desenvolver as atividades diárias e com os aspectos sociais. Ainda segundo os autores, as sequelas do AVC estariam relacionadas mais à problemas de sensibilidade e parestesias do que a sintomas dolorosos propriamente ditos.

Contudo, no presente trabalho a dor esteve presente, de modo mais marcante, na região do ombro/cotovelo; este fato, aliado à alta correlação encontrada entre as categorias capacidade funcional e dor ( $r:0,035$ ), sugere ser este um aspecto importante do processo de reabilitação do membro superior, uma vez que a dor no ombro, muitas vezes decorrente da espasticidade pós-AVC, pode ser considerada um achado comum, cuja incidência é de 70 a 84% dos casos. O quadro

caracteriza-se por dor no ombro e perda progressiva da amplitude de movimento articular, e, nos casos mais graves, pode apresentar-se até em repouso<sup>19</sup>. Cerca de três quartos dos pacientes sofrem de dor no ombro durante o primeiro ano após o acidente vascular encefálico e, em aproximadamente 20% deles, a dor pode surgir na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> semana pós ictal, prolongando o tempo de internação<sup>20</sup>.

Neste estudo, os domínios aspectos físicos, saúde mental, aspectos emocionais e sociais apresentaram os maiores índices de prejuízo em relação à qualidade de vida. Suenkeler et al<sup>21</sup> demonstraram que as categorias relações sociais, relações emocionais e saúde mental diminuem entre 6 meses e 1 ano após o AVC. Em uma pesquisa realizada por Jaracz et al<sup>22</sup> utilizando dados de 72 pacientes, entrevistados 1 ano após a internação hospitalar por AVC quando já haviam retornado à comunidade na Polônia, concluiu-se que o fortalecimento do suporte familiar, o tratamento da depressão e a redução da dependência física são fatores decisivos na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Observou-se neste estudo, relevante comprometimento do estado geral de saúde correlacionado à capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Robart et al<sup>8</sup> encontraram resultados semelhantes em uma pesquisa realizada com 177 indivíduos, após episódio de acidente vascular, onde correlações entre capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde alcançaram altos índices (escala de 0.25 a 0.55±0.36), o que confirma ser a qualidade de vida aspecto multifatorial e de alta complexidade.

Quanto aos fatores de risco para um novo AVC, o presente trabalho demonstrou significância para a policomordidades e a polifarmácia resultando em 41% de chance do indivíduo apresentar uma nova lesão cerebral em seis meses caso esteja presente nesse grupo. Podemos relacionar este resultado com o estudo desenvolvido por Gallacher *et al*<sup>24</sup>, onde a amostra foi separada em indivíduos com AVC e o indivíduos sem AVC e obteve como resultado que a multipatologia e a polifarmácia eram mais comuns em pessoas com diagnóstico de AVC. Para os autores, a polifarmácia sobrecarrega o organismo e aumenta a possibilidade dos efeitos colaterais, dentre eles o AVC. O estudo sugeriu as pessoas com AVC devem ser conscientizadas dos benefícios relativos de seus medicamentos para que eles possam tomar decisões informadas sobre regimes terapêuticos.

## CONCLUSÃO

As repercussões deixadas pelo acidente vascular encefálico puderam ser observadas através da redução dos níveis de habilidade funcional e qualidade de vidas dos pacientes analisados. Uma vez conhecendo os domínios mais afetados pela doença cerebrovascular, deve-se buscar alternativas para aprimorar e qualificar as ações de saúde e a atenção para com o doente, permitindo assim uma alteração em sua evolução clínica <sup>23</sup>.

Considerando a alta incapacidade decorrente das sequelas de um acidente vascular encefálico, associada a altos níveis de mortalidade e morbidade deste evento, parâmetros que ultrapassem o sistema cartesiano de segregação mente/corpo, alcançando o paciente em um contexto mais amplo, na esfera biopsicossocial em que ele se insere, tornam-se imperativos na avaliação e no tratamento destes indivíduos.

A polifarmácia foi um dos fatores de risco para ocorrência de um novo AVC, deve ser administrada com cautela e avaliada sua necessidade para evitar uma nova lesão e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular encefálico em hospital secundário. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(1): 99-106.
2. Bocchi S, Angelo M. Interação cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 729-38.
3. Teixeira-Salmella L, Faria C, Guimaraes C, Goulart F, Parreira V, Inacio E et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. *Rev bras fisioter* 2005; 9(3): 347-353.
4. Marcotti A. Estudos dos efeitos da dominância hemisférica cerebral esquerda sobre o acidente vascular encefálico através de três escalas de funcionalidade [Dissertação de Mestrado]. CascAVCI: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2005.
5. Martins T, Ribeiro J, Garret C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol* 2006; 42 (11): 655-659 .
6. Maki T, Quagliato E, Cacho E, Paz L, Nascimento N, Inoue M, et al. Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fugl-Meyer scale no Brasil. *Rev. bras. fisioter* 2006; 10(2): 177-83.
7. Cacho E, Melo F, Oliveira F. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. *Revista Neurociências* 2004; 12 (4):94-101.
8. Hobart J, Williams L, Moran K, Thompson A. Quality of Life Measurement After Stroke: Uses and Abuses of the SF-36. *Stroke* 2002; 33: 1348-56.

9. Morales R, Morales N, Rocha F, Fenelon S, Pinto R, Silva C. Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65(2-B):454-60.
10. Silqueira S. O questionário Genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde pacientes hipertensos [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
11. Fugl-Meyer A, Jaasko L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient: 1. A method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehab Med* 1975; 7: 13-31.
12. Carod-Artal J, Egido J, González J, Seijas V. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience after stroke. *Stroke* 2000; 31: 2995-3000.
13. Costa A, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) . *Rev Bras Cienc Mov* 2002; 10(1): 47-54.
14. Hsueh I, Wang C, Wang C, Sheu C, Lo S, Lin J et al. A simplified stroke rehabilitation assessment of movement instrument. *Physical Therapy* 2006; 86 (7): 936-43.
15. O'Sullivan S, Schmitz T. *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Manole; 2004.
16. Clark I, Opit L. The prevalence of stroke in those at home and need for care. *J Public Health Med* 1994; 16(1): 93-6.
17. O'Mahony P, Thompson R, Dobson R, Rodgers H, James O. The prevalence of stroke and associated disability. *J Public Health Med* 1999; 21(2):166-71.
18. Pyöriä O, Era P, Talvitie U. Relationships between standing balance and symmetry measurements in patients following recent strokes ( $\leq 3$  weeks) or older strokes ( $\geq 6$  months) *Physical Therapy* 2004; 84(2):128-36.
19. Fragoso Y, Araujo M, Veloso S. Injeção de toxina botulínica A para tratamento do ombro doloroso do hemiplégico. *Reabilitar* 2004; 6(25): 9-13.
20. Horn A, Fontes S, Carvalho S, Silvado R, Barbosa P, Durigan A, et al. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-B):768-771.
21. Suenkeler I, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel W, et al. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. *J Neurol* 2002; 249(9):1160-7.
22. Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand* 2003; 107(5):324-9.
23. Cordini K. Estudo da Qualidade de Vida em pacientes internados nas enfermarias de. Clínica Médica do HU-UFSC que sofreram Acidente Vascular Encefálico [Monografia de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
24. Gallacher KI, Batty GD, MacLean G, Mercer SW, Guthrie B, May CR, Langhorne P, Mair FS. Stroke, multimorbidity and polypharmacy in nationally representative sample of 1.424.378 patients in Scotland: implications for treatment burden. *BMC Medicine* 2014. [acesso em 10 de outubro de 2017], 12(1) Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0151-0>