

Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico

Functionality, stress and quality of life of stroke survivors

Funcionalidad, estrés y calidad de vida de sobrevivientes de accidente vascular encefálico

Cleane Rosa Ribeiro da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-0475-2950>

Tatiana Ferreira da Costa²  <https://orcid.org/0000-0002-6448-4302>

Maria de Lourdes de Farias Pontes¹  <https://orcid.org/0000-0002-5187-6876>

Cláudia Jeane Lopes Pimenta¹  <https://orcid.org/0000-0002-1458-8226>

Tháise Alves Bezerra¹  <https://orcid.org/0000-0003-3242-4468>

Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira¹  <https://orcid.org/0000-0002-6956-9831>

Lia Raquel de Carvalho Viana¹  <https://orcid.org/0000-0002-4220-906X>

Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa¹  <https://orcid.org/0000-0003-2054-6943>

Como citar:

Silva CR, Costa TF, Pontes ML, Pimenta CJ, Bezerra TA, Ferreira GR, et al. Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0390345.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00390345>



Descritores

Desempenho físico funcional; Acidente vascular cerebral; Atividades cotidianas; Estresse psicológico; Qualidade de vida

Keywords

Physical functional performance; Stroke; Activities of daily living; Psychological distress; Quality of life

Descriptores

Rendimiento físico funcional; Accidente cerebrovascular; Actividades cotidianas; Distrés psicológico; Calidad de vida

Submetido

19 de Dezembro de 2020

Aceito

21 de Junho de 2021

Autor correspondente

Cleane Rosa Ribeiro da Silva
E-mail: cleane_rosas@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Camila Takao Lopes
(<https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Correlacionar a capacidade funcional e o estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de sobreviventes de acidente vascular encefálico.

Métodos: Estudo analítico transversal, realizado com 160 sobreviventes de acidente vascular encefálico cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados mediante a utilização de um instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e de saúde, o Índice de Barthel, a Escala de Estresse Percebido e a Escala de Qualidade de Vida Específica para acidente vascular encefálico. As correlações entre os escores dos instrumentos foram verificadas pelo Teste de Correlação de Spearman.

Resultados: Os participantes apresentaram dependência funcional e estresse percebido moderados. Evidenciou-se baixa qualidade de vida relacionada à saúde, com maior comprometimento nos domínios papéis sociais e papéis familiares. Verificou-se correlação estatística significativa entre a qualidade de vida relacionada à saúde com a capacidade funcional ($r=705$; $p<0,001$) e o estresse percebido ($r=-436$; $p<0,001$).

Conclusão: A capacidade funcional e o estresse percebido relacionaram-se de forma significativa à qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico, demonstrando que a qualidade de vida relacionada à saúde se eleva à medida que a funcionalidade aumenta e o estresse diminui.

Abstract

Objective: To correlate functional capacity and perceived stress with the health-related quality of life of stroke survivors.

Methods: This is a cross-sectional analytical study, conducted with 160 stroke survivors registered in Family Health Units. Data were collected using a semi-structured instrument to obtain sociodemographic and health data, the Barthel Index, the Perceived Stress Scale and the Stroke Specific Quality of Life Scale. Correlations between instrument scores were verified by Spearman's correlation test.

Results: Participants showed moderate functional dependence and perceived stress. Low health-related quality of life was evidenced, with greater impairment in the social roles and family roles domains. There was a statistically significant correlation between health-related quality of life and functional capacity ($r=705$; $p<0.001$) and perceived stress ($r=-436$; $p<0.001$).

Conclusion: Functional capacity and perceived stress were significantly related to the health-related quality of life of people affected by stroke, demonstrating that health-related quality of life increases as functionality increases and stress decreases.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Conflitos de interesse: extraído de Dissertação "Capacidade funcional, estresse percebido e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico", Universidade Federal da Paraíba, 2019.

Resumen

Objetivo: Correlacionar la capacidad funcional y el estrés verificado con la calidad de vida relacionada a la salud de sobrevivientes de accidente vascular encefálico.

Métodos: Estudio analítico transversal, realizado con 160 sobrevivientes de accidente vascular encefálico registrados en Unidades de Salud de la Familia. Los datos fueron recopilados por medio de la utilización de un instrumento semiestructurado para la obtención de los datos sociodemográficos y de salud, el Índice de Barthel, la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Calidad de Vida Específica para accidente vascular encefálico. Las correlaciones entre las puntuaciones de los instrumentos fueron verificadas por medio de la Prueba de Correlación de Spearman.

Resultados: Los participantes presentaron una dependencia funcional y estrés percibidos moderados. Se evidenció una baja calidad de vida relacionada con la salud, con un mayor comprometimiento en los dominios roles sociales y roles familiares. Se observó una correlación estadística significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud, con la capacidad funcional ($r=705$; $p<0,001$) y el estrés percibido ($r=-436$; $p<0,001$).

Conclusión: La capacidad funcional y el estrés percibido se relacionaron de forma significativa con la calidad de vida relacionada con la salud de personas acometidas por accidente vascular encefálico, demostrando que la calidad de vida relacionada con la salud se eleva a medida que la funcionalidad aumenta y el estrés disminuye.

Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) apresenta alta taxa de incidência ao longo dos anos e configura uma das principais causas de morbimortalidade no mundo.⁽¹⁾ Dados epidemiológicos evidenciam que o AVE representa a segunda causa mais comum de morte no mundo e entre os países da América Latina o Brasil apresenta a maior taxa de mortalidade.⁽²⁾

Dentre as pessoas que sofreram AVE, cerca de 82% recebem alta hospitalar.⁽³⁾ Entretanto, o AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida, devido às sequelas que, frequentemente, acometem os sobreviventes no mundo.⁽⁴⁾ Estudos evidenciam que após o AVE a maioria das pessoas apresentam algum comprometimento funcional, o que resulta em diferentes graus de deficiência crônica.⁽⁵⁾

A incapacidade funcional refere-se às limitações motoras e cognitivas que culminam em dificuldade ou necessidade de ajuda para executar as atividades de vida diária (AVDs). No contexto do AVE, comumente, essas restrições interferem na realização do autocuidado, na interação social, no desenvolvimento do papel familiar e no trabalho,⁽⁶⁾ além de predispor agravos emocionais, o que pode cessar ou sobrecarregar os recursos adaptativos dos sobreviventes frente as mudanças, culminando em estresse.⁽⁷⁾

O estresse é o resultado individual da interação entre a pessoa e as tensões ambientais, psíquicas ou biológicas, ocorre quando percebe-se que os recursos para enfrentar ou responder a uma ameaça são incipientes.⁽⁸⁾ Nessa relação, não é a intensidade do fenô-

nemo que o torna um estressor, mas a maneira como é julgado pelo indivíduo.⁽⁷⁾ Na perspectiva do AVE, se o enfrentamento as adversidades inerentes a essa morbidade for positivo, o estresse pode ser reduzido e até eliminado, se não, pode intensificar-se gerando comprometimentos na qualidade de vida (QV).⁽⁹⁾

O constructo da QV tem sido foco de estudos entre os sobreviventes de AVE. A redução da QV nessa população foi relatada por várias pesquisas, assim como o prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).⁽¹⁰⁻¹²⁾ A Organização Mundial de Saúde define a QV como a percepção do indivíduo de si no contexto cultural e social e em relação as suas metas, expectativas, anseios e desejos. Em contrapartida, a QVRS refere-se à compreensão sobre como a doença impacta a sua condição de vida.⁽¹³⁾

Pesquisas realizadas com essa população demonstraram que as repercussões do AVE podem afetar vários domínios da QVRS específica, como o humor, a personalidade, o autocuidado, os papéis sociais e familiares, a memória, as funções de extremidade superior, a visão, o trabalho/productividade, a energia, a linguagem e a mobilidade.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Dentre os fatores relacionados à QVRS, uma investigação realizada no Taiwan, apontou a incapacidade funcional e o comprometimento de aspectos psicossociais como preditores da baixa QVRS em vítimas de AVE.⁽¹⁰⁾

Nesse contexto, a magnitude das repercussões do AVE para a sociedade o coloca como um importante problema de saúde pública mundial.⁽¹⁾ A sua alta prevalência, o risco de morte, as sequelas e as mudanças na vida diária dos sobreviventes impulsionam a produção científica sobre essa temática.

Porém, há escassez de estudos que abordam a relação entre a capacidade funcional, o estresse percebido e a QVRS específica nessa população. Evidenciar essa relação poderá contribuir para direcionar os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, a planejar e implementar intervenções que amenizem o impacto negativo do AVE na vida das pessoas acometidas, desta forma, reduzindo as dependências e o estresse percebido, favorecendo à QVRS.

Considerando os aspectos abordados, o presente estudo tem como objetivo correlacionar a capacidade funcional e o estresse percebido com a qualidade de vida relacionada à saúde de sobreviventes de AVE.

Métodos

Estudo analítico transversal, de abordagem quantitativa, realizado com pessoas que sofreram AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho a novembro de 2018.

A amostra foi calculada a partir do total de internações dos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 231 internações, conforme informações do Departamento de Informática.⁽¹⁴⁾ O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para população finita com proporções conhecidas, tendo como base um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$), correspondendo a uma amostra mínima de 146 indivíduos. Acrescentou-se 10% para possíveis perdas ou recusas, totalizando em 160 participantes.

Foram definidos como critérios de inclusão: pessoas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, com acometimento de AVE com tempo igual ou superior a três meses, que apresentassem pelo menos um tipo de seqüela proveniente do AVE e idade igual ou superior a 18 anos. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir na compressão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM).⁽¹⁵⁾

O município de João Pessoa-PB possui 200 ESF. A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que selecionou oito equipes dentre os cinco Distritos Sanitários do referido município, totalizando 40 ESF sorteadas. Para seleção dos participantes, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas com sequelas de AVE cadastradas e com base nessa lista realizou-se um sorteio de quatro participantes por equipe. Posteriormente, ocorreu o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo, utilizou-se um instrumento semiestruturado. A capacidade funcional foi investigada por meio do Índice de Barthel que avalia o nível de cuidados requeridos por um indivíduo que apresenta algum tipo de incapacidade. Este instrumento avalia 10 itens referentes ao controle de esfíncteres intestinal, vesical, capacidade para realizar a higiene pessoal, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se da cadeira para a cama, caminhar, vestir-se, subir escadas e tomar banho. Cada resposta apresenta uma pontuação específica, com valor total de 0 a 100 pontos.⁽¹⁶⁾ No presente estudo considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos).⁽¹⁷⁾

O estresse vivenciado após AVE foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido versão com 10 itens (EEP-10). Cada item consiste em afirmações pontuadas de acordo com a frequência com que elas ocorrem, recebendo uma pontuação que varia entre 0 e 4. As questões com conotação positiva (4, 5, 7 e 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As questões negativas devem ser somadas diretamente. Os escores totais podem variar de 0 a 40, os escores mais altos sugerem níveis mais elevados de estresse.⁽¹⁸⁾

Em virtude da escala não apresentar uma classificação específica para os níveis de estresse, neste estudo foram utilizados os valores mínimo e máxi-

mo evidenciados pelos participantes (8 e 35 pontos, respectivamente) e distribuídos em forma de quartis. Nesse tipo de cálculo, os valores são divididos em quatro partes iguais de 25%, em que o quartil 1 (Q1 – 18 pontos) corresponde aos 25% menores valores, o quartil 2 (Q2 – 21 pontos) delimita os 50% dos valores e o quartil 3 (Q3 – 25 pontos) abrange 25% maiores valores. Assim, as médias foram classificadas em baixa (Q1), moderada (Q2) e alta (Q3).

Para a avaliação da QVRS específica pós AVE, foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida Específica para acidente vascular encefálico (EQVE-AVE). Trata-se de um questionário que possui 49 itens, distribuídos em 12 domínios: energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/produzividade. As respostas são quantificadas em uma escala tipo Linkert que varia de 1 a 5 pontos, o escore total varia de 49 a 245.⁽¹⁹⁾ Para a classificação da QVRS, foram definidos como baixa QVRS escores inferiores a 60% (147 pontos) da pontuação máxima da EQVE-AVE.⁽¹¹⁾

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica, estruturada no Programa *Microsoft Excel* com dupla digitação. Posteriormente, foram importados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 e analisados por meio de estatística descritiva e exploratória.

Para verificar o pressuposto da normalidade utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que a capacidade funcional, estresse percebido, QVRS e os seus domínios, apresentaram distribuição não normal. Para correlacionar, foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman por se tratarem de variáveis não paramétricas, sendo a classificação da magnitude das correlações fraca se $|r| < 0,3$; moderada se $0,3 \leq |r| < 0,7$; e forte se $|r| \geq 0,7$.⁽²⁰⁾ Considerou-se associação estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

A confiabilidade dos instrumentos foi avaliada estimando-se a consistência interna mediante o Coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor varia de 0,0 a 1,0, considerou-se valores $\geq 0,70$ como fidedignos.⁽²¹⁾

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme Parecer nº 2.994.882 (CAAE: 91360718.1.0000.5188).

Resultados

Na distribuição dos dados sociodemográficos, observou-se que 51,3% eram do sexo masculino, 83,8% referiu faixa etária de 60 anos ou mais, 60,6% eram casados, 48,1% possuíam um a quatro anos de estudo e 122 (76,3%) com renda familiar de um a três salários mínimos. Em relação às características do AVE, a maioria sofreu o último AVE há mais de um ano (63,1%), do tipo isquêmico (70,0%), com predomínio de sequelas motoras (66,3%) e fraqueza muscular (47,5%). Na avaliação da capacidade funcional, identificou-se que 83,7% apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada (47,5%) (Tabela 1). Com relação ao estresse percebido, identificou-se média de 22,05 (DP= $\pm 10,92$), evidenciando estresse moderado (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação da capacidade funcional e do estresse percebido em pessoas com sequelas de AVE

Classificação da capacidade funcional e do estresse percebido	n(%)	Média	DP	Alfa de Cronbach
Capacidade funcional		73,26	25,61	0,91
Dependência total	10(6,3)			
Dependência grave	31(19,4)			
Dependência moderada	76(47,5)			
Dependência leve	17(10,6)			
Independência	26(16,3)			
Estresse percebido		22,05	10,92	0,80
Baixo	39(26,5)			
Moderado	71(48,3)			
Alto	37(25,2)			

Identificou-se baixa QVRS pós AVE, com média de 146,55 (DP= $\pm 39,05$), o valor de Alfa de Cronbach foi 0,91. Na tabela 2, observa-se que os domínios da QVRS mais afetados foram papéis sociais (2,10; $\pm 0,74$) e papéis familiares (2,26; $\pm 1,09$).

A correlação do escore geral da QVRS com a capacidade funcional exibiu relação positiva forte

Tabela 2. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com sequelas de AVE

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

($r=0,705$) com significância estatística ($p\leq 0,05$). Ao analisar os domínios, evidenciou-se relação de forte magnitude entre a capacidade funcional com o autocuidado ($r=0,769$) e a mobilidade ($r=0,752$) (Tabela 3). Na investigação da correlação entre o escore geral da QVRS e o estresse percebido, observou-se uma relação moderada, negativa e inversamente proporcional ($r=-0,436$), com significância estatística ($p\leq 0,05$). Identificou-se uma forte correlação, negativa e inversamente proporcional, entre o estresse percebido e o domínio personalidade ($r=-0,708$) (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação da qualidade de vida relacionada à saúde com a capacidade funcional e estresse percebido de pessoas com sequelas de AVE

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

*Teste de Correlação de Spearman

Discussão

O presente estudo identificou predomínio de dependência funcional moderada. Os prejuízos fun-

cionais nos sobreviventes de AVE decorrem das sequelas desse evento.⁽⁵⁾ Estudos apontam que a maioria das pessoas acometidas por essa morbidade convive com algum comprometimento funcional, o que interfere na realização das atividades de vida diária, com consequências negativas nos aspectos biopsicossociais.^(6,22)

A avaliação e o monitoramento periódico da capacidade funcional tornam-se imprescindíveis para a identificação do perfil funcional de cada paciente, o que subsidia a elaboração de um plano de cuidados sistêmico e individualizado, com estratégias para a tomada de decisões clínicas eficazes,^(22,23) consequentemente, contribui para o processo de reabilitação, uma vez que há limitações que podem ser amenizadas ou eliminadas.⁽⁵⁾

Na mensuração do estresse percebido, identificou-se nível moderado. Achado semelhante foi observado em pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), com vítimas de AVE residentes na comunidade, o qual obteve média de estresse na EEP-10 de 22,23 ($\pm 9,50$).⁽²⁴⁾ O AVE caracteriza-se como uma agravo de início repentino, em que o sobrevivente transita para um quadro de adoecimento, instalando-se uma nova fase de adaptações.⁽⁶⁾ A percepção de mudança na rotina e a incapacidade de executar atividades antes corriqueiras, pode acarretar um sentimento de impotência e provocar estresse.⁽²⁵⁾

O estresse quando perdura por período prolongado repercute sobre os aspectos físicos, sociais e emocionais, o que pode contribuir para o desenvolvimento de novas doenças.⁽²⁶⁾ Os níveis elevados de estresse aumentam o risco de novos episódios de AVE, além de predispor fatores de risco como hipertensão, diabetes mellitus e obesidade.⁽²⁷⁾

Na avaliação da QVRS após AVE, os participantes apresentaram pontuação baixa. Uma pesquisa realizada em uma cidade do Nordeste, com 104 pessoas com sequelas de AVE, demonstrou resultado aproximado ($146,80\pm 36,3$).⁽¹¹⁾ A QVRS comprometida pode afetar vários domínios como o humor, a personalidade, o autocuidado, a memória, as funções de extremidade superior, a visão, o trabalho, a energia, a mobilidade e os papéis sociais e familiares.⁽¹²⁾ Assim, a avaliação da QVRS caracteriza-se como uma ferramenta que auxilia a traçar

um perfil multidimensional relacionado à saúde dos pacientes acometidos de AVE, direcionando o tratamento e contribuindo para melhorias na qualidade da assistência.^(11,12)

Nos domínios da QVRS, os mais afetados foram papéis sociais e papéis familiares, convergindo com estudos nacionais e internacionais.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Tal achado pode ser justificado pelo predomínio de idosos na amostra e elevado prejuízo funcional, haja vista que, a pessoa idosa tende mais ao isolamento e as sequelas advindas do AVE geralmente são incapacitantes e prejudicam o retorno da vítima às suas atividades sociais, como trabalho, lazer com familiares e socialização com amigos.⁽²⁸⁾

Neste estudo, a capacidade funcional foi identificada com um forte fator correlacionado à QVRS, demonstrando que quanto mais independente funcionalmente for à pessoa com sequela de AVE, maior a sua QVRS. Estudos evidenciaram a capacidade funcional como um dos principais determinantes para a QVRS.^(5,11,12) Pesquisa transversal realizada na República da Coreia, que buscou relacionar as AVDs e a QVRS de pacientes com AVE crônico, demonstrou forte correlação estatística positiva ($r=0,800$; $p<0,001$) entre a capacidade funcional e o escore total da EQVE-AVE, apontando convergência com o resultado do presente estudo.⁽²⁹⁾

Na correlação com os domínios, foi evidenciada forte relação entre a capacidade funcional e os domínios autocuidado e mobilidade. O domínio mobilidade refere-se às questões relacionadas ao equilíbrio, subir escadas, cansaço físico, dificuldade para andar, permanecer de pé e levantar da cadeira.⁽¹⁹⁾ No entanto, o domínio autocuidado abrange aspectos voltados aos cuidados pessoais, como preparar comida, ajuda para comer, vestir-se, tomar banho e usar o vaso sanitário.⁽¹⁹⁾ A eficácia na execução dessas atividades é influenciada diretamente pela capacidade funcional.⁽⁵⁾

Outro fator correlacionado à QVRS em pessoas com sequelas de AVE, nesse estudo, foi o estresse percebido. Constatou-se uma correlação inversamente proporcional em que quanto menor o estresse das pessoas com sequelas de AVE, maior a QVRS. O estresse tem sido frequentemente investigado entre os cuidadores de vítimas de AVE,⁽³⁰⁾ con-

tudo entre os próprios sobreviventes, as publicações são escassas.

As repercussões negativas do AVE podem trazer diversos desafios inesperados à vida dos sobreviventes, ocasionando estresse. O enfrentamento desfavorável a eventos importantes como o AVE pode provocar a percepção de que a vida é imprevisível, incontrolável e sobrecarregada,⁽⁹⁾ além de interferir na capacidade de lidar com o cotidiano, dificultar a reintegração na comunidade e contribuir para o desenvolvimento de doenças,⁽²⁷⁾ reverberando negativamente sobre a QVRS.

Nesse estudo, evidenciou-se correlação forte e inversamente proporcional entre o estresse e o domínio personalidade. Este é composto por questões referente à irritabilidade, impaciência e mudança de personalidade,⁽¹⁹⁾ configurando-se como comportamentos que podem ser potencializados pelo estresse, haja vista que, se o estado de estresse persistir pode interferir na maneira como o indivíduo interage, ocasionando desajustamentos no comportamento, o que influencia as diversas áreas da vida.⁽²⁶⁾

Diante disso, a fim de favorecer a adaptação frente às mudanças ocasionadas pelo AVE, é imprescindível que o enfermeiro intervenha junto ao sobrevivente e a sua família por meio de um plano de cuidados, incluindo ações como determinar o conhecimento e habilidade do paciente e do cuidador, ajudar os pacientes e familiares a identificar estratégias de enfrentamento às situações de estresse,⁽⁹⁾ auxiliar na identificação de sistemas de apoio disponíveis, conectar o paciente e a família aos recursos da comunidade, promover o máximo de independência e autocuidado, realizar avaliação do ambiente doméstico e recomendar adaptações na casa para promover autoconfiança física.⁽³¹⁾

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

Conclusão

Mediante os resultados do presente estudo, observou-se dependência funcional e estresse percebido moderados e baixa QVRS, com maior comprometimento nos domínios papéis sociais e papéis familiares. A QVRS correlacionou-se estatisticamente entre a capacidade funcional e o estresse percebido, demonstrando que a QVRS de pessoas com sequelas de AVE eleva-se à medida que a funcionalidade aumenta e o estresse diminui. Estes achados são úteis, pois representam dados relevantes para reflexões acerca dos fatores que potencializam o impacto negativo do AVE na sobrevivência das vítimas. Ressalta-se a importância de considerar os resultados deste estudo em benefício desta população, utilizando-os como norte para o planejamento de intervenções biopsicossociais que possam intervir efetivamente nas incapacidades, no estresse percebido e nos domínios comprometidos da QVRS. Além de fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas e gestão em saúde.

Colaborações

Silva CRR, Costa TF, Pontes MLF, Pimenta CJL, Bezerra TA, Ferreira GRS, Viana LRC e Costa KNFM contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Russell JB, Charles E, Conteh V, Lisk DR. Risk factors, clinical outcomes and predictors of stroke mortality in Sierra Leoneans: a retrospective hospital cohort study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2020;60:293-300.
- de Santana NM, Dos Santos Figueiredo FW, de Melo Lucena DM, Soares FM, Adami F, de Carvalho Pádua Cardoso L, et al. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):735.
- Romain G, Mariet AS, Jooste V, Duloquin G, Thomas Q, Durier J, et al. Long-term relative survival after stroke: the dijon stroke registry. *Neuroepidemiology*. 2020;54(6):498-505.
- Larsen LP, Johnsen SP, Andersen G, Hjollund NH. Determinants of health status after stroke: a cohort study with repeated measurements. *Clin Epidemiol*. 2020;12:1269-79.
- Han DS, Chuang PW, Chiu EC. Effect of home-based reablement program on improving activities of daily living for patients with stroke: a pilot study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(49):e23512.
- Faria AC, Martins MM, Schoeller SD, Matos LO. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):495-503.
- Hinwood M, Ilicic M, Gyawali P, Kluge MG, Coupland K, Smith A, et al. Exploration of stress management interventions to address psychological stress in stroke survivors: a protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2020;10(3):e035592.
- Gyawali P, Chow WZ, Hinwood M, Kluge M, English C, Ong LK, et al. Opposing associations of stress and resilience with functional outcomes in stroke survivors in the chronic phase of stroke: a cross-sectional study. *Front Neurol*. 2020;11:230.
- Dos Santos EB, Rodrigues RA, Fhon JR, Haas VJ. Changes and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. *Stress Health*. 2018;34(3):359-66.
- Chou CY. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24(3):655-62.
- Canuto MA, Nogueira LT, Araújo TM. Health-related quality of life after stroke. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):245-52.
- Ramos-Lima MJ, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018;73:e418.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Jun 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502>
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- Minosso JS, Amendola F, Alvarenga MR, Oliveira MA. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):218-23.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil*. 1979;60(4):145-54.
- Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
- Lima RC, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Gomes-Neto M. Psychometric properties of the Brazilian version of the Stroke Specific Quality of Life Scale: application of the Rasch model. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(2):149-56.
- Munro BH. Statistical methods for health care research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.
- Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;4(4):572-79.
- Lima RJ, Pimenta CJ, Frazão MC, Ferreira GR, Costa TR, Viana LR, et al. Functional capacity and social support to people affected by cerebrovascular accident. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):868-73.
- Pui Kei C, Mohd Nordin NA, Abdul Aziz AF. The effectiveness of home-based therapy on functional outcome, self-efficacy and anxiety among discharged stroke survivors. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(47):e23296.
- Laures-Gore JS, Defife LC. Perceived stress and depression in left and right hemisphere post-stroke patients. *Neuropsychol Rehabil*. 2013;23(6):783-97.

25. Alves Silva R, Lima Martins ÁK, Barreto de Castro N, Viana AV, Butcher HK, Martins da Silva V. Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Invest Educ Enferm*. 2017;35(3):306-19.
26. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Choi J, Barr-Anderson DJ, Telke S, Mason SM. Exposure to adverse events and associations with stress levels and the practice of yoga: survey findings from a population-based study of diverse emerging young adults. *J Altern Complement Med*. 2020;26(6):482-90.
27. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. Disentangling the links between psychosocial stress and cardiovascular disease. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2020;13(8):1-6.
28. Das J, Rajanikant GK. Post stroke depression: the sequelae of cerebral stroke. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;90:104-14. Review.
29. Kim K, Kim YM, Kim EK. Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *J Phys Ther Sci*. 2014;26(3):417-9.
30. Costa TF, Bezerra TA, Pimenta CJ, Silva CR, Ferreira GR, Costa KN. Fatores associados à ideação suicida em cuidadores de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Rev Rene*. 2020;21:e42171.
31. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, Lennie TA, Lindenfeld J, Mitchell JE, Treat-Jacobson DJ, Webber DE; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: a Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(9):e006997. Review.