

O impacto das sequelas sensório-motoras na autonomia e independência dos pacientes pós-AVE

The impact of sensorial-motor sequels in the autonomy and independence of patients affected by Cerebrovascular Accidents (CVA)

El impacto de las secuelas sensorio-motoras en la autonomía y la independencia de pacientes afectados por Accidentes Cerebrovasculares (ACV)

*Debora Sanchez Pedrola**
*Carina Tárzia Kakihara***
*Margarida Maria de Almeida****

RESUMO: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a segunda causa de mortes no mundo e uma das maiores causas de sequelas permanentes, em escala correspondente à gravidade da lesão. O objetivo deste trabalho foi avaliar, sob a perspectiva do paciente pós-AVE, o impacto das sequelas em sua autonomia e independência funcional. É um estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas de 4 sujeitos, de ambos os sexos, entre 44 e 71 anos. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temático e emergiram em quatro categorias: o socorro imediato e o tratamento hospitalar; o impacto das sequelas na autonomia e independência; o modo de encarar as limitações; e o papel da fisioterapia na reabilitação. As limitações impostas pelas sequelas interferem nas atividades cotidianas, porém não são impeditivas, graças às adaptações desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico. Qualidade de Vida. Reabilitação.

ABSTRACT: Cerebrovascular Accidents (CVA) is the second cause of deaths in the world and one of the most common permanent causes of sequels, in a scale corresponding to the gravity of the injury. The aim of this work was to evaluate, under the perspective of the after-CVA patients, the impact of sequels in their autonomy and functional independence. It is a qualitative study, with semistructured interviews of 4 subjects, both male and female, with ages from 44 to 71 years. Data were analyzed by the technique of thematic content analysis and lead to the emergence of four categories: immediate help and hospital treatment; the impact of sequels in the autonomy and independence; ways to face the limitations; and the role of physiotherapy in rehabilitation. The limitations sequels cause interfere in daily activities, although they are not impeditive, thanks to the adaptations developed.

KEYWORDS: Stroke. Quality of Life. Rehabilitation.

RESUMEN: Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) son la segunda causa de muertes en el mundo y una de las causas permanentes mas comunes de secuelas, en una escala que corresponde a la gravedad de lesión. La meta de este trabajo fue evaluar, bajo la perspectiva de pacientes post-ACV, el impacto de secuelas en su autonomía e independencia funcional. Es un estudio cualitativo, con entrevistas semiestruturadas de 4 sujetos, hombres y mujeres, con edades desde 44 hacia 71 años. Los datos fueran analizados de promedio la técnica del análisis del contenido temático y hicieran emerger cuatro categorías: ayuda inmediata y tratamiento hospitalario; el impacto de secuelas en la autonomía y la independencia; maneras de hacer frente a las limitaciones; y el papel de la fisioterapia en la rehabilitación. Las limitaciones causadas por las secuelas interfieren en las actividades diarias, aunque no sean impeditivas, gracias a las adaptaciones desarrolladas.

PALABRAS-LLAVE: Accidente Cerebrovascular (CVA). Calidad de Vida. Rehabilitación.

* Fisioterapeuta. Mestre pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo. Professora de Neurologia da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo, Brasil. E-mail: deborapedrolo@uol.com.br

** Fisioterapeuta. Mestre pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo, Brasil. E-mail: carinat@yahoo.com.br

*** Graduada em Fisioterapia na Universidade Paulista – UNIP, São Paulo, Brasil. E-mail: margo.almeida@hotmail.com

Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a segunda causa de mortes no mundo¹. A epidemiologia ainda é controversa, porém o acesso às informações cada vez mais tem se democratizado, sobretudo pelo formato “online”. Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o STEPS (Enfoque passo a passo para vigilância de Acidente Vascular Encefálico), um sistema internacional padronizado para vigilância, coleta e análise de dados, disponibilizado em Português pela Organização Pan-Americana da Saúde².

O AVE é considerado uma urgência neurológica, e seu reconhecimento precoce por parte do paciente ou familiar, para o imediato transporte a um local apropriado para investigação e tratamento, é fundamental para a redução das sequelas^{3,4,5}. Nesse contexto, a OMS tem estabelecido diretrizes com ênfase no atendimento inicial a partir da concepção das unidades de AVE¹⁵. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, estão sendo criadas as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), que integram a Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde e oferecem atendimento de emergência de baixa e média complexidade 24 horas por dia⁶. A telemedicina é tida como alternativa para os locais onde não apresentam tais unidades, e recomenda-se o contato prévio com o hospital para onde o paciente será encaminhado³. O AVE era tido como uma patologia sem tratamento, sendo que a severidade dos déficits e a extensão da recuperação funcional eram determinadas pela lesão⁷. Novas estratégias de tratamento têm surgido e uma delas, a trombólise, tem sido eficaz para aumentar as chances de recuperação funcional, tanto quanto for menor a janela terapêutica, que

é o tempo entre o início do AVEi (Acidente Vascular Encefálico Isquêmico) e o início do tratamento^{8,9}. Essa janela terapêutica foi expandida para até 4,5 horas³.

O impacto que o AVE causa na vida dos pacientes e familiares imenso, uma vez que a patologia é complexa, haja vista a variedade das sequelas, entre elas: motoras, sensitivas, cognitivas, visuais, emocionais, comportamentais, entre outras¹⁰. “Saúde”, segundo a OMS, não se restringe à ausência de doença, mas engloba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social. Diante dessa subjetividade, surgiu o conceito de Qualidade de Vida (QV), que é definido pela OMS como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹¹. A partir dessas definições, surgiu uma infinidade de instrumentos de avaliação de QV; existem os questionários genéricos e os específicos a várias patologias, entre elas o AVE¹¹. Ao acessar o site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e utilizar “qualidade de vida” como descritor para pesquisa, observou-se como resultado 121.119 pesquisas, e dessas por assunto, “Acidente Vascular Cerebral”, foram encontrados 1.025 trabalhos¹².

O questionário SF-36 da OMS é um instrumento genérico com 36 itens englobados em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Nas pesquisas de QV de pacientes pós-AVE, esse questionário tem sido prevalente e os resultados apontam a tendência de uma pior QV, comparado àqueles que não sofreram a patologia^{11,13}.

A maioria dos trabalhos utiliza como metodologia as técnicas quantitativas, que dimensionam os comprometimentos, mas não a significação que tais sequelas provocam na vida das pessoas. Atualmente, as pesquisas qualitativas estão ganhando relevância na área da saúde, já que a percepção do paciente é mais bem caracterizada e mensurada, dada a proximidade com o entrevistado, pois permite a observação comportamental, conduzindo à essência da questão^{14,15,16,17}.

Objetivo

Conhecer como foi o atendimento inicial, o tratamento, a reabilitação, as dificuldades e as expectativas de QV, sob a percepção individual desses pacientes, foi o objeto de estudo deste trabalho, por meio de uma abordagem qualitativa. A grande incidência da patologia, os avanços tecnológicos e científicos, que aumentam a longevidade dos pacientes crônicos, são razões para o estudo do impacto das sequelas sensorio-motoras na qualidade de vida, na autonomia e independência funcional dos pacientes pós-AVE.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter prospectivo, com uma amostra de 4 (quatro) sujeitos que sofreram AVE e estavam no estágio crônico da doença, de ambos os sexos e na faixa etária de 44 a 71 anos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Paulista – UNIP, sob o No. CAAE – 03380251000-09.

Todos os sete pacientes com sequelas de AVE que faziam reabilitação fisioterapêutica na Clínica Escola da Universidade Paulista

– UNIP – Campus Pompeia, São Paulo (SP), no mês de outubro de 2009, foram incluídos neste estudo.

Foi excluído um paciente com déficit de linguagem, pela impossibilidade de sua participação direta, um paciente que possuía menos de 40 anos, por estar fora da faixa etária estudada, e outro paciente que estava na fase aguda da patologia, visando uma conformação homogênea da amostra.

Utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada (Anexo A), com doze perguntas abertas, que permitiram aos participantes expressarem espontaneamente suas experiências dentro do foco proposto. As entrevistas foram realizadas pelo mesmo pesquisador, com a presença dos acompanhantes dos pacientes, porém sem a participação direta deles. Para maior fidedignidade, os relatos foram gravados por um gravador de voz, marca *Power pack*®. A transcrição foi realizada pelo mesmo entrevistador, e, para maior proteção aos pacientes, foram retirados os vícios de linguagem.

Resultados e discussão

Inicialmente, analisaram-se os dados de cada um dos sujeitos; em um segundo momento, foi feita uma análise na qual os dados de todos os participantes foram cruzados, buscando pontos comuns e diferenças. Pela análise temática, foram levantadas quatro categorias, que exprimiram a estrutura do fenômeno “sofrer um AVE” e conviver com as sequelas sensório-motoras.

Primeira categoria: o socorro imediato e tratamento hospitalar

O Primeiro Consenso Brasileiro do tratamento da fase aguda do AVE da Sociedade Brasileira

de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV) sintetizou que o AVE deve ser considerado uma urgência neurológica, sendo que a investigação deve ser feita principalmente por Tomografia Computadorizada (TC) e a trombólise deve ser a terapia de primeira escolha⁴. As unidades especializadas, preconizadas pela OMS, são um espaço físico destinado especialmente para o tratamento de AVE e têm sido um meio altamente eficaz para redução da letalidade e das sequelas^{3,4,5}. A terapia da trombólise, dentro de protocolos específicos, é unanimidade e tida no meio científico como um recurso eficiente na prevenção de incapacidades e no aumento das chances de recuperação funcional^{8,9}. O tempo para início do tratamento, isto é, o tempo porta-agulha e o tempo porta-tomografia, faz parte do protocolo dos centros especializados e é um referencial de qualidade do atendimento dessas unidades⁹. Recentemente, a janela terapêutica para a terapia de trombólise foi expandida para até 4,5 horas³. Diante dessas recomendações e protocolos, observou-se a precariedade do atendimento do sujeito 1:

(...) o 1º AVC aconteceu na área rural, eu morava no interior da Bahia, não tinha hospital, fui levado para o posto de saúde, não havia recursos. Fiquei desacordado de 2ª até 5ª feira. Quando acordei, o enfermeiro disse: o primeiro quadro você recuperou, que foi voltar do coma... Mandou-me embora, deu uns remédios e só. Disse: se perder os movimentos tem que procurar uma cidade com mais recursos (...).

Outro fato, constatado pela fala do sujeito 2, é a possibilidade do diagnóstico do AVE ser confundido com outras desordens, já que certos sinais clínicos podem também ocorrer em outras patologias⁷:

(...) Tinha muita dor de cabeça, caí, minha esposa levou-me para

o hospital. Foi dado diagnóstico de labirintite, fui medicado, não fiquei internado, voltei para casa e fiquei pior. Não fizeram exame, nada (...).

Presumiu-se que a TC não foi realizada imediatamente, como preconizado pela literatura, exceto no segundo AVE dos sujeitos 1 e 3, evidenciando-se, ainda, que um sujeito foi encaminhado a outro hospital para realização do referido exame de imagem, o que permite se supor a falta de equipamentos de diagnóstico em muitos hospitais brasileiros:

(...) às 18 horas estava melhor, me deram alta. No outro dia, como não tinha melhorado procurei outro hospital (2º), fiquei internada. No dia seguinte, fui transferida para outro hospital (3º) para fazer TC (...).

Outro aspecto que se inferiu foi a insatisfação e descrença dos vitimados com a maioria dos atendimentos nos hospitais, não só pelos relatos a seguir, mas também pelas expressões faciais, tom de voz, pausas e emoções expressas. Sabe-se que o evento de sofrer um AVE é um fenômeno complexo, que fragiliza os pacientes e familiares, e essas ocorrências estressantes podem dificultar e agravar a situação:

(...) mandou-me embora, arrumou uns remédios, e só (...); (...) voltei para casa, era labirintite, medicaram-me, não fizeram exames, nada... Pensei, isso não está certo, caí de novo, não vi mais nada. Minha mulher levou-me para hospital e disse: enquanto não descobrir o que ele tem, não sairei daqui (...); (...) eu estava melhorzinha, me deram alta (...).

Pelos relatos dos pacientes, confirmou-se o que os estudos apontam: há poucos centros especializados no Brasil para atendimento de pacientes com AVE^{8,9}. Aliada a essa carência, outro complicador constatado pela literatura é a necessidade de treinamento e

atualização para a maioria dos profissionais da área da saúde¹⁸.

Segunda categoria: o impacto das sequelas na autonomia e independência

A habilidade para realizar atividades de forma independente em casa, no trabalho e na comunidade depende de três funções: física, psicológica e social¹⁹. A função física engloba aspectos inter-relacionados, que são: equilíbrio, desempenho muscular, flexibilidade, coordenação, estabilidade e resistência física, e os sistemas que controlam esses aspectos desenvolvem adaptações em função das sobrecargas impostas a eles¹⁹. A OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mas ainda falta a definição objetiva de “deficiência” e “incapacidade”, o que tem sido apontado como um empecilho para promoção de saúde às pessoas com limitações²⁰.

A literatura enumera vários déficits gerados por um AVE, entre eles: marcha, equilíbrio, coordenação, habilidade motora fina, visão, linguagem, comportamental e depressão, os quais também foram observados neste trabalho¹⁰.

Um estudo italiano, feito em 2010 e publicado no *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, envolvendo 528 pacientes de AVE, em 18 centros de reabilitação, sugere que o déficit motor dos membros superiores tem um impacto decisivo na qualidade de vida, já que os membros superiores são fundamentais para a realização das atividades de vida diária (AVD's)²¹. A marcha tem sido objeto de muitos estudos, já que a locomoção é fundamental para a independência do ser humano^{22,23}. Em um deles, é estabelecido uma comparação entre a marcha normal e a de pacientes hemiparéticos; em outro, há uma análise cinemá-

tica da marcha parética. Esses estudos, enfim, mostram as alterações da marcha, com adoção de padrões cinemáticos anormais, que surgem para não sobrecarregar o membro afetado e, portanto, melhorar essa capacidade funcional^{22,23}. Neste estudo, visivelmente pela presença da hemiparesia, a marcha foi afetada em todos os sujeitos.

Pelos relatos, inicialmente a fala foi comprometida em todos os sujeitos, mas hoje todos se comunicam razoavelmente. Apenas o sujeito 2 possui maiores limitações de linguagem, porém se comunica. Com relação a essa disfunção, um estudo ressaltou que o instrumento SAQQL-39, para o qual as informações são prestadas diretamente pelos pacientes com dificuldades de linguagem ou cognição, tem sido uma escala viável mesmo para esses pacientes, possibilitando, assim, a explicitação de suas próprias dificuldades²⁴.

Destaca-se a disponibilidade e receptividade de todos os sujeitos e familiares, demonstrando muito interesse em discorrerem sobre suas dificuldades, mesmo o sujeito 2 com relativa dificuldade de comunicação. Outro aspecto que se inferiu foi que a própria família subavalia a capacidade do paciente em relatar diretamente sua história. Constatou-se esse fato com o sujeito 3, já que inicialmente seu filho disse que ele não conseguiria participar diretamente, pois não se lembraria dos detalhes; entretanto, para sua surpresa, ele discorreu ininterruptamente sobre o seu processo de sofrer um AVE.

Quanto à habilidade motora fina da mão para escrita, todos conseguiram assinar o termo livre e esclarecido, mesmo com alguma dificuldade, exceto o sujeito 3, o qual foi necessário o filho assinar.

Somente o sujeito 4, segundo a filha, tem depressão, o que coincide com a literatura, que diz que ela

é muito frequente, porém, pouco diagnosticada²⁵.

Assim como observado na literatura, a maioria dos pacientes (81%) que sofreram um AVE é independente para realização das AVD's²⁶; três dos participantes afirmaram realizar sozinhos os hábitos de higiene. Apesar do sentimento de independência, evidenciou-se que houve impacto substancial na realização das AVD's, na vida dos sujeitos e familiares, e que muitas adaptações foram feitas no ambiente físico para minorar as dificuldades geradas pelas limitações das sequelas. Como constatado em outros trabalhos, o sucesso nas adaptações às demandas impostas pelo AVE é um indicador relevante para o estado de bem-estar subjetivo²⁷. Esse contexto mostra que o AVE é uma patologia crônica que acomete não apenas o paciente, mas toda a família, surgindo, assim, a figura do “cuidador”, definida como um fenômeno complexo e singular que implica sentimentos de felicidade, medo, revolta, ansiedade e sobrecarga de tarefas²⁸:

(...) Para tomar banho, me adaptei, quando caio no banheiro tem uma moça (ex-namorada) que mora do lado da minha casa, bato na parede e ela vem me ajudar. Moro sozinho, lavar uma panela de pressão, cortar carne, essa parte é ela que faz (...); (...) Tomo banho sozinho, faço tudo sozinho, graças a Deus. Faço minha higiene, estou aprendendo a falar (...); (...) Na minha casa tem uma escada, me traziam e me levavam na cadeira, aquela confusão! Meu marido falou: vou fazer um elevador. Agora já desço e subo de elevador, melhorou um pouco. Para ir ao banheiro, vou com o andador, meu marido fez uma bacia adaptada. Para tomar banho, minha filha põe na cadeira, tomo banho do jeito que posso depois ela me veste (...).

Um fato relatado por todos e constatado por uma revisão de

2006 é que as sequelas interferem não somente no modo de realização das atividades básicas, mas também impedem o retorno à atividade laboral, o que gera grandes frustrações e declínio no bem-estar subjetivo, dada a sua importância para o *status* e relações sociais²⁷:

(...) É! Eu era uma pessoa ativa, trabalhava no restaurante, não me adaptei em ficar sem contato com a população (...);

(...) Sabe, eu queria trabalhar, ser gente normal. Eu trabalhava no comércio e com fotografia (...);

(...) Minha casa é um pouquinho grande, eu fazia todo serviço, hoje olho e não posso fazer, fico triste, né? (...);

(...) Fazia tudo antes, fazia comida, lavava roupa, depois saía [risadas].

Outra constatação consoante com a literatura é que houve substancial melhora após a fase aguda, em função da resolução natural do processo patológico do AVE, com o retorno de algumas funções reversíveis, graças à neuroplasticidade, que possibilita a reorganização estrutural e funcional do encéfalo⁷.

Terceira categoria: o modo de encarar as limitações

Abaixo, os relatos mostram que o sujeito 1 se posiciona positivamente e busca a superação dia a dia; o sujeito 2, com mais sequelas, passou inicialmente por um período de revolta, mas hoje, resignado e confiante, enfrenta bravamente as incapacidades; o sujeito 3, “que acha que está muito ruim”, mas por ter tido uma melhora substancial diante do prognóstico inicial, por possuir um amplo suporte familiar e fé, sente-se encorajado e busca mais e mais melhorias; por outro lado, o sujeito 4 mostra-se desanimado frente às limitações – inclusive, o seu relato, de forma geral, foi muito frio e objetivo, o que se presume estar relacionado a sua suposta depressão.

(...) É aquele negócio, ninguém gosta de sofrer um AVE, mas, quando sofre, tem duas opções, viver do jeito que Deus quer ou se matar e ninguém vai querer se matar [risadas]. Então, estou encarando numa boa, entendeu? (...);

(...) Eu encaro assim: antigamente era muito revoltado, por quê? Por quê? Um monte de porquês? Agora não, faço tudo para dar certo. A vida não é ruim, mesmo para as pessoas que tiveram um derrame. Não desistir nunca, ter força de vontade, dar um passo por dia, ir em frente, acreditar, acreditar (...);

(...) Eu sinto que é terrível, mas tem que aceitar o que Deus quer. Só de ter ficado em coma 5 dias, e de repente comecei a falar, a comer. Tenho que agradecer a Deus, pedir a Santa Misericórdia que interceda e que me cure completamente (...);

(...) Eu encaro assim: para mim, não era para acontecer, privou-me de muita coisa. É! Eu tenho força de vontade, né? Mas a gente fica deprimida, fica pensando, não posso fazer isso, aquilo (...).

Diante desses sentimentos dos entrevistados, é importante considerar o que foi constatado em uma revisão de 2006 em que se analisou o bem-estar subjetivo e o senso de ajustamento psicológico de indivíduos que sofreram AVE: o conhecimento das implicações psicológicas de sofrer um AVE beneficia os pacientes e todos que direta ou indiretamente gerenciam o evento²⁷.

Quarta categoria: o papel da fisioterapia na reabilitação

No processo de reabilitação fisioterapêutica, são necessárias a compreensão do processo de incapacitação, a abordagem abrangente ao paciente por meio da avaliação, diagnóstico e intervenções apropriadas que culminam em resultados funcionais significativos sob a ótica do paciente¹⁹. A reabilitação deve ser parte integrante do atendimento, deve ser iniciada na fase aguda e continuar a partir de então, pois, apesar do tratamento médico ser o foco inicial, a fisioterapia de-

ve ocorrer simultaneamente, o que pode, inclusive, reduzir o tempo de internação^{7,29}. Até mesmo no estágio crônico, a fisioterapia tem sido eficaz. Um estudo retrospectivo com 109 pacientes, a maioria crônicos, revelou que quanto maior o tempo de permanência nos serviços de reabilitação, tanto mais há ganhos funcionais e melhora nos déficits³⁰. Conforme a Associação de Assistência a Crianças Deficientes (AACD), renomada instituição de reabilitação na cidade de São Paulo, os pacientes iniciam o tratamento tardiamente, com várias alterações secundárias, na maioria das vezes desorientados e desinformados com relação ao quadro e ao prognóstico¹⁰. Os efeitos positivos da fisioterapia já consubstanciados na literatura foram reiterados por todos os sujeitos:

(...) A coordenação motora melhora bastante, andar certinho, tropeçar menos. Dá resultado, fiquei dois anos na fila, tá dando certo (...);

(...) Ah! a fisioterapia é muito importante. É bom, se não fosse a fisioterapia, a gente não fazia os movimentos, vegetava (...);

(...) Acho muito bom (...);

(...) Eu acho que é coisa boa. Ah! tem hora que a gente diz: que é coisa boba, mas vai ajudar muito a gente, né? Eu estou gostando, estou animada. Já fiz fisioterapia outras vezes, para coluna, eu sei que não é em vão. É bom, fisioterapia é muito bom (...).

Com relação a esse último relato, a aluna estagiária de fisioterapia que realiza o atendimento informou que a reabilitação está focada na obtenção de movimentos finos da mão, preensão e pinça. Pela fala do paciente, confirma-se a importância de traçar um plano de tratamento com a definição de objetivos significativos e funcionalmente relevantes para o paciente e, sobretudo, a necessidade da explicação do motivo da realização de certas intervenções, favorecendo, assim, sua adesão ao processo de reabilitação¹⁹.

Conclusão e considerações finais

As limitações impostas pelas sequelas pós-AVE, sobretudo as sensorio-motoras, sob a percepção dos pacientes, interferem no modo de realização das atividades cotidianas, porém não são impeditivas, já que os pacientes e cuidadores desenvolvem adaptações para superação dos obstáculos. Contudo, o não retorno às atividades laborais gera um grande impacto na qualidade de suas vidas.

Outro fato a destacar é que a recuperação funcional obtida pela reorganização neurológica da doença, após o estágio inicial, aliada aos efeitos positivos da fisioterapia, provoca sentimentos expressos por

uma força interior grandiosa, que, somados à fé, tornam os pacientes resignados e esperançosos. Por essa perspectiva, os pacientes avaliam a perda da independência e autonomia funcional em relação aos estágios iniciais, quando as sequelas provocadas pelo AVE eram mais intensas. Diante dessa nova condição, passam a priorizar outros valores; a mensuração de QV passa a ser nem melhor nem pior, mas apenas diferente e, assim, passam a se sentir vitoriosos e independentes.

Diante da complexidade da ocorrência de um AVE e da necessidade do pronto atendimento, salienta-se que uma estratégia possível seria a utilização dos meios de comunicação em massa para divul-

gação dos sinais e sintomas, assim como a importância do acionamento rápido do serviço de emergência. Dada a vastidão territorial brasileira e diante das poucas unidades existentes, seria importante a criação de mais unidades especializadas em AVE, e uma alternativa viável para os centros menores seria o uso da telemedicina.

Enfim, futuros estudos qualitativos devem ser realizados, inclusive de coorte entre a fase aguda e crônica, e os aspectos valorados pelos pesquisados devem servir de base às ações dos governos, dos profissionais de saúde, dos cuidadores e familiares, para que os portadores de sequelas pós-AVE tenham uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças crônicas e promoção de saúde [acessado 10 Abr 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/stroke/en/index.html>
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Método passo a passo da OMS para vigilância de AVE (STEPS-Stroke) [acessado 10 Abr 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/NC/steps-stroke.htm>
3. Nitrini R, Rabello GD, Fortini I, Calderaro M. Condutas em neurologia: clínica neurológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo: CBBE; 2009.
4. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV). Primeiro consenso Brasileiro do tratamento da fase aguda do Acidente Vascular Cerebral. Arq Neuropsiquiatria. 2001;59(4):972-80.
5. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Stroke Groupe [acessado 10 Abr 2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD000197/frame.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. O que é UPA 24 horas? [acessado 10 Abr 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1465
7. Delisa JA, Gans BM, Bockenek WL, Currie DM, Geiringer SR, Gerber LH, et al. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 2002.
8. Oliveira Filho J. Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma mudança conceitual. Rev Neurociências. 2005;13(2):100-4.
9. Martins SC, Brondani R, Friedrich M, Araújo MD, Wartchow A, Passos P, et al. Quatro anos de experiência no tratamento trombolítico do AVC Isquêmico na cidade de Porto Alegre. Rev Neurociências. 2006;14(1):31-6.
10. Borges D, Moura EW, Lima E, Campos-Silva PA. AACD. Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
11. Mota JF, Nicolato R. Qualidade de vida em sobreviventes de AVC: instrumentos de avaliação e seus resultados. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2):148-56.
12. Biblioteca Virtual de Saúde. [acessado 10 Abr 2011]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=qualidade%20de%20vida&where=ALL&index=&lang=pt&_charset_ =iso-8859-1
13. Cesário CM, Penasso P, Oliveira AP. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com AVE. Rev Neurociências. 2006;14(1):6-9.

14. Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.
15. Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008;17(4):771-8.
16. Minayo MC. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
17. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de Vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica (Pan Am) Public Health*. 2006;19(2):128-35.
18. Neves PP, Fontes SV, Fukujima MM, Matas SL, Prado GF. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. *Rev Neurociências*. 2004;12(4):173-81.
19. Kisner C, Colby LA. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. São Paulo: Manole; 2005.
20. Nubila HBV, Buchala CM. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35.
21. Franceschini M, Porta FLA, 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 Apr 13.
22. Ottoboni C, Fontes SV, Fukujima MM. Estudo comparativo entre marcha normal e a de pacientes hemiparéticos por AVE: aspectos biomecânicos. *Rev Neurociências*. 2002;10(1):10-6.
23. Iwabe C, Diz MA, Barudy DP. Análise cinemática da marcha em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurociências*. 2008;16(4):292-6.
24. Ribeiro C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SAQOL-39 [dissertação]. São Paulo: USP; 2008. (Mestrado em Ciências)
25. Terroni LMN, et al. Revisão: Depressão pós-AVC – aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiq Clin*. 2009;36(3):100-8.
26. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Cerebral Encefálico. *Rev Neurociências*. 2008;16(3):175-8.
27. Rabelo DF, Néri AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram AVC: uma revisão. *Estud Psicol*. 2006;11(2):169-77.
28. Mendonça FF, Garanhani ML, MartinsVL. Cuidador Familiar de Sequelados de AVC: Significado e Implicações. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(1):143-58.
29. Motta E, Natalio MA, Waltrick PT. Intervenção fisioterapêutica e tempo de internação em pacientes com AVE. *Rev Neurociências*. 2008;16(2):118-23.
30. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UEMESP. *Rev Neurociências*. 2004;12(3):117-22.

ANEXO A - ENTREVISTA

Nome _____ Idade _____ Data _____

- 1) Quando foi o AVE?
- 2) Como ocorreu?
- 3) Como foi o socorro?
- 4) Como foi durante o tempo de internação? Ficou na UTI? Tempo de Internação?
- 5) Como foi o retorno pra casa? Adaptação a sua nova condição?
- 6) Quais as suas maiores dificuldades no dia a dia?
- 7) Como você encara a doença? O que mudou em sua vida após o AVE?

- 8) Hoje, além de saúde, o que é mais importante pra você?
 - 9) O que as pessoas envolvidas com o tratamento/cuidados poderiam fazer para facilitar/melhorar a sua vida?
 - 10) O que você acha da Fisioterapia?
 - 11) Qual sua expectativa em relação ao futuro?
 - 12) Gostaria de fazer alguma considerações final?
-

Recebido em 5 de julho de 2011
Versão atualizada 1 de agosto de 2011
Aprovado em 23 de agosto de 2011