

Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Relationship between the aspects of functional alterations and their impact in the quality of life of people with sequels of Encephalic Vascular Accidents (EVA)

Relación entre los aspectos de las alteraciones funcionales y su impacto en la calidad de vida de las personas con secuelas de Accidente Vascular Encefálico (AVE)

*Miriam Cabrera Corvelo Delboni**
*Patrícia de Camargo e Melo Malengo***
*Evelyn Paulina Rapp Schmidt****

RESUMO: O aumento da expectativa de vida trouxe consigo uma mudança no perfil da morbidade de doenças como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), deixando sequelas que influenciam a Qualidade de Vida dos sobreviventes, tornando necessário compreender e quantificar o impacto dessa patologia. Este trabalho se propôs a estabelecer uma correlação entre as escalas de Medida de Independência Funcional (MIF) e a Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico, sendo realizado com 15 pacientes com diagnóstico de AVE do Setor de Terapia Ocupacional da Clínica Escola Promove do Centro Universitário São Camilo, após aprovação pelo comitê de ética. As escalas foram aplicadas nos 15 pacientes hemiplégicos com idade média de 64,6 anos. A análise dos dados mostra uma correlação entre dois domínios (trabalho e produtividade e autocuidado), dos doze domínios da EQVE-AVE com a MIF. Todavia, o estudo não demonstra correlação entre o grau de independência funcional e os demais domínios de Qualidade de Vida de EQVE-AVE. Outros resultados estatísticos relevantes deste estudo são: o escore de mobilidade no sexo masculino é significativamente maior que do feminino; os escores de papéis sociais são estatisticamente maiores entre pacientes solteiros, divorciados e viúvos do que os dos pacientes casados ou com companheiros; e que pacientes sinistros têm melhores escores em papéis sociais, mesmo tendo acometimento do hemisfério direito, desencadeando hemiplegia/hemiparesia à esquerda. Ao comparar as questões funcionais e o impacto na Qualidade de Vida desses indivíduos, podemos favorecer ao aprimoramento de intervenções e tratamento em Terapia Ocupacional de pacientes pós-AVE.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico. Qualidade de vida. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: The increase of life expectancy produces a change in the profile of morbidity of diseases such as Encephalic Vascular Accident (EVA), causing sequels that influence the Quality of Life of survivors, something which makes necessary to understand and to quantify the impact of that pathology. This work aimed at establishing a correlation between Functional Independence Measurement (FIM) scales and the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), and was carried out with 15 patients with EVA diagnosis in the Sector of Occupational Therapy of the Clinic School Promove of University Center São Camilo after receiving approval by the Ethics Committee. The scales were applied to 15 hemiplegic patients with an average age of 64.6 years. Data analysis shows a correlation between two domains (work and productivity and self-medication) among the twelve presented by SS-QOL with FIM. The study does not show any correlation between the degree of functional independence and the other domains of Quality of Life of SS-QOL. Other relevant statistical results of this study were: mobility scores in males are significantly higher than those of females; social roles scores are statistically higher among single and divorced patients and widows and widowers than those of married patients or those who have partners; lefthanders present better scores in social roles, even with the right hemisphere affected so as to cause a hemiplegia/hemiparesis. Comparing functional questions to the impact in the Quality of Life of those individuals, we can favor the improvement of interventions and treatments in Occupational Therapy for post-EVA patients.

KEYWORDS: Encephalic Vascular Accident. Quality of life. Occupational Therapy.

RESUMEN: El aumento de la expectativa de vida produce un cambio en el perfil de la morbilidad de enfermedades como el Accidente Vascular Encefálico (AVE), dejando secuelas que influyen la Calidad de Vida de los sobrevivientes, lo que hace necesario comprender y cuantificar el impacto de esa patología. Este trabajo se propuso a establecer una correlación entre las escalas de Medida de Independencia Funcional (MIF) y la Escala de Calidad de Vida Específica para Accidente Vascular Encefálico, y ha sido realizado con 15 pacientes con diagnóstico de AVE del Sector de Terapia Ocupacional de la Clínica Escola Promove do Centro Universitário São Camilo, y ha recibido aprobación por el Comité de Ética. Las escalas fueron aplicadas en los 15 pacientes hemipléjicos con edad media de 64,6 años. La análisis de los datos muestra una correlación entre dos dominios (trabajo y productividad y autocuidado), de entre los doce dominios del EQVE-AVE con MIF. Entretanto, el estudio no demuestra ninguna correlación entre el grado de independencia funcional y los otros dominios de Calidad de Vida del EQVE-AVE. Otros resultados estadísticos relevantes de este estudio son: el escore de movilidad en el sexo masculino es significativamente mayor que el del femenino; los escores de roles sociales son estadísticamente mayores entre pacientes solteros, divorciados y viudos que los de los pacientes casados o con compañeros; pacientes non diestros presentan mejores escores en roles sociales, aunque con el hemisferio derecho afectado, lo que resulta en hemiplegia/hemiparesia izquierda. Comparando las cuestiones funcionales y el impacto en la Calidad de Vida de esos individuos, podemos favorecer la mejoría de intervenciones y tratamientos en Terapia Ocupacional de pacientes post-AVE.

PALABRAS-LLAVE: Accidente Vascular Encefálico. Calidad de vida. Terapia Ocupacional.

* Terapeuta Ocupacional. Mestre em Reabilitação. Docente da Universidade Federal de Santa Maria.

** Terapeuta Ocupacional. Pós-Graduanda em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

*** Terapeuta Ocupacional. Pós-Graduanda em Gerontologia pelo Centro Universitário São Camilo. E-mail: erapp@terra.com.br

Introdução

Acidente Vascular Encefálico

A incidência do Acidente Vascular Encefálico (AVE) aumenta à medida que o ser humano envelhece¹, podendo ocorrer em várias fases da vida, sendo a incidência maior em pessoas com mais de 65 anos². Qualificando as sequelas de um AVE como um quadro crônico, o sujeito acometido por esse tem sua condição de saúde-doença afetada e seus hábitos cotidianos temporária ou definitivamente alterados. O AVE já se tornou uma das principais causas de aposentadoria por invalidez. A pessoa acidentada, quando não vai a óbito, sofre uma ruptura em suas relações, mudando radicalmente seu estilo de vida¹.

A expectativa de vida não para de crescer e os aprimoramentos científicos têm proporcionado um aumento da sobrevivência de pacientes, o que trouxe consigo uma mudança no perfil da morbidade de doenças como o AVE^{3,4}, cujas sequelas influenciam na Qualidade de Vida de seus sobreviventes, tornando-se necessário compreender e quantificar seu impacto.

Segundo Carr, Shepherd⁵, o AVE é a terceira causa mais comum de morte em países ocidentais, e a causa mais significativa de incapacidades graves em pessoas vivendo em suas próprias casas.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, 1980, o AVE é definido como uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, com sintomas e sinais correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro⁶. Ele é descrito como um déficit neurológico de início súbito causado por um distúrbio vascular que acarreta a interrupção do fluxo sanguíneo para uma área específica², podendo ser isquêmico ou hemorrágico.

O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) caracteriza-se

pela falta de circulação em determinada área do cérebro provocada por obstrução de uma ou mais artérias decorrentes de trombose ou embolia. A maior parte das ocorrências de AVE isquêmico é decorrência de arteriosclerose, trombose ou êmbolo⁵.

O Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) caracterizado pelo sangramento cerebral provocado pelo rompimento de uma artéria, em virtude de hipertensão arterial, problemas na coagulação do sangue e traumatismos⁵.

O diagnóstico de um AVE é fundamentado na elaboração de uma história clínica detalhada e na realização de exames físico e neurológico².

Além disso, avanços científicos no tratamento e prevenção do AVE dão esperanças de que seja possível combatê-lo e, também, evitar sua recorrência, controlando os fatores de risco, muitas vezes com o auxílio de fármacos. As consequências de um AVE variam conforme a localização da artéria de suprimento cerebral que foi afetada.

Segundo Costa³, os pacientes sobreviventes do AVE sofrem uma deterioração de sua Qualidade de Vida em função das limitações e incapacidades de ordem física e cognitiva, além dos desajustes familiares que podem ser causados pela situação de dependência física, psicológica e/ou econômica, e até mesmo de exclusão social.

Qualidade de Vida

A preocupação em definir o significado de Qualidade de Vida (QV), segundo Costa³, acompanha o próprio desenvolvimento da civilização. Segundo Lima, Whitaker⁷, esse termo foi mencionado pela primeira vez em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar e tem despertado o interesse de diversos campos do conhecimento huma-

no, em especial o da saúde, mas até o momento da elaboração do trabalho desses autores não existia um consenso sobre o significado real desse termo. É um termo que abrange uma grande gama de significados constituídos por uma diversidade de fatores objetivos (a satisfação com as necessidades básicas e o grau de desenvolvimento socioeconômico) e subjetivos (que são manifestações pessoais, sentimentos e valores) que refletem o conhecimento, as experiências e os valores tanto individuais como coletivos em um contexto cultural, social e histórico. Logo, quantos sujeitos existirem, quantas definições de QV existirão.

Três são os aspectos que remetem à relatividade desse conceito: o aspecto histórico, que varia de acordo com os diferentes momentos históricos de uma mesma sociedade; o aspecto cultural, em que valores e necessidades são construídos e hierarquizados de forma diferente em cada civilização, revelando suas tradições; e por último as classes sociais, ou seja, a forma como se manifestam as classes sociais, os padrões e as concepções de bem-estar nas diferentes camadas sociais, em sociedades com fortes desigualdades e heterogeneidades⁷.

Esse conceito foi se ampliando gradativamente, segundo Lima, Whitaker⁷, passando a considerar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social: saúde, educação, moradia, transporte, lazer e trabalho.

Para Seidel, Zannon³, a definição da OMS inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Quando falamos de Qualidade de Vida na Área da Saúde, pode-se dizer que mesmo não havendo um consenso quanto à definição de Qualidade de Vida, há sim um

consenso entre os pesquisadores sobre as dimensões envolvidas, como: o estado funcional (refere-se ao desempenho normal no dia a dia), o sintoma físico (quando se fala de sintomas físicos relacionados à doença ou ao tratamento), a função emocional (aqui estão compreendidos os estados afetivos – ansiedades, depressão) e a social (refere-se à manutenção das relações familiares e de outras redes de apoio)⁷.

A melhora da Qualidade de Vida do paciente é, segundo Lemos⁸, o objetivo final e, portanto, a atuação da equipe multidisciplinar junto a ele e a sua família deve visar, na medida do possível, ao seu retorno à sociedade, evitando, assim, aquilo que é o mais comum quando falamos de incapacidade: o isolamento social.

Segundo Bifulco⁹, o homem não é destruído pelo sofrimento, ele é destruído pelo sofrimento sem significado. É exatamente na dor que avaliamos os verdadeiros significados de nossa vida e as prioridades de nosso viver, por meio da união de forças e recursos na rede para construirmos uma tele que favoreça uma Qualidade de Vida satisfatória pós-AVE.

Função Ocupacional

A Função Ocupacional caracteriza-se pela habilidade em engajar-se em um ou mais papéis que são importantes para a pessoa da forma pela qual ela deseja, sendo um conceito pessoal. Alcançar a competência e a satisfação nos papéis escolhidos, na vida e nas atividades é possível por meio da independência pessoal ou pela orientação de terceiros. Sempre que uma pessoa sofre perturbação da saúde que resulte em limitação física, a independência nas funções que incluem as atividades da vida diária pode ser prejudicada¹⁰.

Os componentes da ocupação, segundo Sumsion¹¹, são: autocuidado, produtividade e lazer.

Segundo Martins, et al e Mayo, et al citados em Costa³, o AVE não afeta somente o indivíduo acometido pela doença, mas toda a sua família e a sociedade, pois dependerá de algum cuidador para realizar parcial ou totalmente as atividades da vida diária (AVDs), sendo impedido de executar, como anteriormente, as funções em casa e no trabalho, ocasionando um aumento considerável das pessoas que procuram e utilizam os serviços de saúde, objetivando a reabilitação e reintegração à comunidade.

Para Holmquist, Koch citados em Costa³, a reabilitação do sobrevivente ao AVE tem sido descrita como o processo no qual o paciente e o sistema de saúde interagem para alcance da realização das atividades o mais próximo do nível funcional.

Para a execução desses processos, há alguns testes que podem ser utilizados para detectar a capacidade funcional das pessoas com AVE e também testes para avaliar a qualidade de vida desses sujeitos.

A Medida de Independência Funcional – MIF (Functional Independence Measurement – FIM)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação que informa o grau de ajuda que um indivíduo necessita para a realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e conta com dois subescores passíveis de utilização: MIF motora e MIF cognitiva^{12,13}.

Tendo como base uma escala de sete níveis representativos de independência e dependência, esse instrumento mensura a severida-

de da incapacidade e os resultados obtidos com a reabilitação em pacientes adultos e idosos¹⁴. Foi elaborada para o desenvolvimento de um sistema de dados uniformizado para reabilitação¹⁵, e validada para uso no Brasil.

Ela é aplicada por meio de entrevista com um avaliador treinado e certificado, podendo ser, também, feita de maneira vivenciada.

Entre as principais vantagens da utilização da MIF, segundo Mello, Mancini¹⁴, podem ser citados: ter validade demonstrada como índice discriminativo, índice preditivo, índice de avaliação; ser passível de aplicação por qualquer profissional da saúde e proporcionar a criação de uma linguagem comum em diferentes disciplinas; ser de rápida aplicação; possibilitar a obtenção de Medidas de Resultados na Avaliação Econômica.

Entre as escalas de avaliação da Qualidade de Vida que focam problemas específicos de uma determinada patologia e que são indicadas para ensaios nos quais uma intervenção específica será avaliada encontramos: escalas específicas para AVE: Escala Específica de Qualidade de Vida no Acidente Vascular Encefálico: EQVE-AVE (SS-QOL – *Stroke-Specific Quality of Life Scale*).

Segundo Oliveira, Orsini¹⁶, os instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida foram desenvolvidos para as mais diversas finalidades, podendo ser escalas genéricas do estado de saúde e escalas específicas relacionadas à doença.

A Escala de Qualidade de Vida Específica para Acidente Vascular Encefálico EQVE-AVE é um instrumento que foi desenvolvido por Williams, et al, citado em Gomes Neto¹⁷, originalmente para medir a Qualidade de Vida de indivíduos com seqüela de AVE¹⁷. Centrada no cliente, foi baseada em entrevistas que seguiram um padrão psicométrico, e os itens foram gerados

a partir dessas respostas, por meio de revisões de outros instrumentos para avaliação do AVE e da relação entre saúde e Qualidade de Vida¹⁶.

Essa escala foi adaptada transculturalmente para o português – Brasil – com 50 hemiplégicos crônicos, hemorrágicos e isquêmicos, adultos e idosos, com comprometimento leve e moderado. Todos os pacientes deambulavam e foram considerados independentes ou semi-independentes para a realização das AVD's¹⁸.

Essa escala contém 49 itens, distribuídos em 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho / produtividade).

Segundo Lima, et al¹⁸, Gomes Neto¹⁷, essa escala deve ser aplicada em outras amostragens, para que a validade do instrumento seja mais amplamente examinada.

Justificativa

As publicações na língua portuguesa sobre reabilitação física e cognitiva das sequelas de AVEs são amplamente discutidas, porém existem poucos estudos referentes à alteração na Qualidade de Vida de sujeitos acometidos por alterações funcionais em decorrência do AVE.

Dessa forma, comparar as questões funcionais e o impacto na Qualidade de Vida desses indivíduos é de grande valia para orientar estratégias de planos de tratamento, de modo que o desempenho das atividades da vida diária e prática sejam adequadas para as pessoas com sequelas do AVE.

Mayo, et al citado em Costa³ relataram que muitos avanços têm sido realizados com o objetivo de prevenção e tratamento dos casos de AVEs. Como esses se configuram em uma doença crônica prevalen-

te, o número de indivíduos com as manifestações clínicas do AVE tem crescido, o que provoca, também, um aumento do número de pacientes que desejam se reintegrar à sociedade; conseqüentemente, há um aumento do número de pacientes que procuram os serviços de reabilitação para prevenção de deteriorações e promoção da Qualidade de Vida.

Materiais e Métodos

Este estudo é observacional, do tipo transversal, realizado no setor de Terapia Ocupacional da Clínica Escola PROMOVE, do Centro Universitário São Camilo, no bairro do Ipiranga, na cidade de São Paulo.

A realização deste estudo exigiu o cumprimento das exigências do COEP em relação à realização de experimentos com seres humanos, seguindo os preceitos éticos.

Todos os pacientes selecionados leram ou foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, sendo aprovado na 9ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de novembro de 2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS n. 196/96 e protocolo de pesquisa n. 185/08.

Foram selecionados e entrevistados quinze pacientes, que satisfizeram os critérios de inclusão da pesquisa, como segue: ter idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos (oito indivíduos do sexo masculino e sete do sexo feminino), de todas as etnias, com diagnóstico médico de AVE, formando uma amostra de conveniência, que estivessem em tratamento no setor de Terapia Ocupacional da Clínica Escola PROMOVE, do Centro Universitário São Camilo, sem afasia de expressão e compreensão e que assinaram o TCLE.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente em sala com privacidade no setor de Terapia Ocupacional da Clínica Escola PROMOVE, do Centro Universitário São Camilo, tendo duração média de cinquenta minutos em um ou dois encontros marcados previamente em dia e hora de acordo com a conveniência do paciente.

Os dados foram coletados entre fevereiro e março de 2009 e enviados para análise estatística dos resultados obtidos.

Para atingir os objetivos do estudo, primeiramente foram descritas as variáveis qualitativas, como sexo, escolaridade, entre outras, com o uso de frequências absolutas e relativas. As medidas quantitativas, como os escores em cada domínio da Qualidade de Vida, foram descritos com o uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo).

A relação entre os domínios da Qualidade de Vida e a MIF foi verificada calculando-se a correlação de Spearman¹⁹ entre eles. A relação da Qualidade de Vida e da MIF com sexo, estado civil, dominância, reside com quem e hemiplegia/paresia foi verificada comparando-se os valores dos escores entre as categorias das variáveis com o uso do teste de Mann-Whitney¹⁹; e para a relação da Qualidade de Vida e da MIF com a idade e a escolaridade foram calculadas as correlações de Spearman.

Resultados

Dos 15 pacientes que fizeram parte da amostra, sete eram mulheres e oito eram homens, correspondendo, respectivamente, a 46,7% e 53,3%. A idade média desses pacientes foi de 64,6 anos (DP = 12,5 anos), sendo que o paciente mais novo tinha 42 anos, e o mais velho, 86 anos. Doze (80%) eram casados ou tinham companheiros,

três (20%) eram viúvos, solteiros ou separados, e desses, treze (86,7%) moravam acompanhados e dois (13,3%), sozinhos. O nível de escolaridade desses indivíduos era baixo, sendo que um (6,7%) não tinha escolaridade nenhuma, nove (60%) tinham o Ensino Fundamental e três (20%), o Ensino Médio, um (6,7%), o Ensino Superior e um (6,7%) não informou a escolaridade. Entre os pacientes, treze (86,7%) tinham hemiparesia/hemiplegia à esquerda e dois (13,3%) à direita.

Pela Tabela 1, observou-se que, para os domínios da Qualidade de Vida, o de menor pontuação é o de papéis sociais, e o de maior pontuação é o de visão.

A Tabela 2 mostra que existe correlação direta entre o trabalho produtividade e a MIF ($r = 0,584$ e $p = 0,022$), ou seja, quanto maior a MIF, maior o escore do trabalho produtividade. A correlação da MIF com autocuidado também foi alta ($r = 0,502$), embora não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,056$).

A Tabela 3 mostra que o escore de mobilidade é estatisticamente maior nos pacientes do sexo masculino ($p = 0,006$).

Pela Tabela 4, os pacientes solteiros/divorciados/viúvos apresentam estatisticamente maiores escores de papéis sociais do que os casados/companheiros ($p = 0,031$).

Pela Tabela 5, os pacientes com dominância esquerda apresentam estatisticamente maiores escores de papéis sociais ($p = 0,031$), porém só foram observados 3 pacientes canhotos.

A Tabela 6 mostra que não existe diferença estatisticamente significativa nos escores de Qualidade de Vida e na MIF entre quem mora sozinho e quem mora acompanhado ($p > 0,05$).

A Tabela 7 mostra que não existe diferença estatisticamente signifi-

Tabela 1. Descrição dos escores de Qualidade de Vida e MIF dos pacientes

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Energia	3,24	1,56	3,7	1,3	5,0
Papéis familiares	2,93	0,77	2,7	2,0	4,7
Linguagem	3,73	1,09	3,8	1,0	5,0
Mobilidade	3,36	1,02	3,3	1,7	4,7
Humor	3,36	1,24	3,6	1,0	5,0
Personalidade	3,36	1,08	3,7	1,3	5,0
Autocuidado	3,81	0,97	4,0	2,6	5,0
Papéis sociais	2,01	1,14	1,8	1,0	4,4
Memória e concentração	3,09	1,43	3,0	1,0	5,0
Função da extremidade superior	3,47	0,99	3,6	1,6	5,0
Visão	4,22	0,95	4,3	2,3	5,0
Trabalho produtividade	2,84	1,28	2,7	1,0	5,0
EQVE-AVE	3,29	0,65	3,3	2,2	4,3
MIF	105,87	6,71	107	96	115

DP = Desvio Padrão

Tabela 2. Correlação entre a MIF e os domínios da Qualidade de Vida

Variável	Correlação	N	p
Energia	0,384	15	0,158
Papéis familiares	0,055	15	0,846
Linguagem	-0,354	15	0,195
Mobilidade	0,408	15	0,131
Humor	0,056	15	0,843
Personalidade	0,219	15	0,432
Autocuidado	0,502	15	0,056
Papéis sociais	-0,114	15	0,686
Memória e concentração	-0,129	15	0,647
Função da extremidade superior	-0,087	15	0,759
Visão	0,257	15	0,355
Trabalho produtividade	0,584	15	0,022
EQVE-AVE	0,201	15	0,472

N = números de sujeitos; p = Nível de significância

ficativa nos escores de Qualidade de Vida e na MIF entre os lados da hemiplegia/paresia ($p > 0,05$).

Discussão

Os achados deste estudo podem servir de base para o desenvolvi-

mento de intervenções que promovam a independência funcional dos pacientes e, conseqüentemente, sua percepção sobre a melhora da própria Qualidade de Vida.

As escalas utilizadas neste estudo, MIF e EQVE-AVE, são de caráter complementar e não de ex-

Tabela 3. Comparação dos domínios da Qualidade de Vida e da MIF entre os sexos

Variável	Sexo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Energia	F	2,6	1,5	2,0	1,3	5,0	7	0,121
	M	3,8	1,5	4,7	1,7	5,0	8	
Papéis familiares	F	2,7	0,6	2,3	2,0	3,7	7	0,281
	M	3,2	0,9	3,2	2,0	4,7	8	
Linguagem	F	3,7	1,5	3,8	1,0	5,0	7	0,779
	M	3,8	0,7	3,8	2,8	4,6	8	
Mobilidade	F	2,6	0,9	2,5	1,7	4,5	7	0,006
	M	4,0	0,7	4,1	3,0	4,7	8	
Humor	F	2,9	1,4	2,8	1,0	5,0	7	0,189
	M	3,8	1,0	4,1	2,4	5,0	8	
Personalidade	F	3,3	1,1	3,7	1,3	4,7	7	0,867
	M	3,4	1,1	3,0	2,0	5,0	8	
Autocuidado	F	3,9	1,1	4,0	2,6	5,0	7	0,779
	M	3,7	1,0	3,7	2,6	5,0	8	
Papéis sociais	F	2,4	1,4	2,0	1,0	4,4	7	0,232
	M	1,7	0,8	1,4	1,0	3,0	8	
Memória e concentração	F	3,0	1,8	3,7	1,0	5,0	7	0,867
	M	3,1	1,2	2,8	1,7	5,0	8	
Função da extremidade superior	F	3,4	1,0	3,2	2,0	5,0	7	0,779
	M	3,5	1,0	3,8	1,6	4,6	8	
Visão	F	4,0	1,2	4,3	2,3	5,0	7	0,536
	M	4,5	0,6	4,7	3,3	5,0	8	
Trabalho produtividade	F	2,7	0,9	2,7	1,3	4,0	7	0,867
	M	3,0	1,6	2,7	1,0	5,0	8	
EQVE-AVE	F	3,1	0,8	3,0	2,2	4,3	7	0,463
	M	3,4	0,5	3,3	2,7	4,2	8	
MIF	F	103,0	6,5	103	96	111	7	0,121
	M	108,4	6,2	109,5	96	115	8	

N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; p = nível de significância

Tabela 4. Comparação dos domínios da Qualidade de Vida e da MIF entre os estados civis

Variável	Estado Civil	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Energia	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,3	1,9	3,7	1,3	5,0	3	1,000
	casado(a)/companheiro(a)	3,2	1,6	3,0	1,3	5,0	12	
Papéis familiares	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,2	1,3	2,7	2,3	4,7	3	0,734
	casado(a)/companheiro(a)	2,9	0,7	2,8	2,0	3,7	12	
Linguagem	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,0	2,0	3,0	1,0	5,0	3	0,536
	casado(a)/companheiro(a)	3,9	0,8	3,8	2,6	5,0	12	
Mobilidade	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,3	1,5	3,8	1,7	4,5	3	0,945
	casado(a)/companheiro(a)	3,4	1,0	3,2	2,0	4,7	12	
Humor	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	2,9	2,0	2,8	1,0	5,0	3	0,840
	casado(a)/companheiro(a)	3,5	1,1	3,7	1,6	5,0	12	
Personalidade	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,4	0,4	3,7	3,0	3,7	3	0,945
	casado(a)/companheiro(a)	3,3	1,2	3,3	1,3	5,0	12	
Autocuidado	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	4,1	1,3	4,8	2,6	5,0	3	0,633
	casado(a)/companheiro(a)	3,7	0,9	3,8	2,6	5,0	12	
Papéis sociais	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,2	1,1	3,0	2,2	4,4	3	0,031
	casado(a)/companheiro(a)	1,7	1,0	1,5	1,0	4,2	12	
Memória e concentração	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	2,1	1,4	1,7	1,0	3,7	3	0,180
	casado(a)/companheiro(a)	3,3	1,4	3,5	1,0	5,0	12	
Função da extremidade superior	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,5	1,3	4,0	2,0	4,4	3	0,945
	casado(a)/companheiro(a)	3,5	1,0	3,4	1,6	5,0	12	
Visão	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	4,1	1,5	5,0	2,3	5,0	3	0,840
	casado(a)/companheiro(a)	4,3	0,8	4,3	2,3	5,0	12	
Trabalho produtividade	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,2	0,7	3,0	2,7	4,0	3	0,448
	casado(a)/companheiro(a)	2,8	1,4	2,3	1,0	5,0	12	
EQVE-AVE	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	3,3	1,1	3,4	2,2	4,3	3	0,945
	casado(a)/companheiro(a)	3,3	0,6	3,2	2,3	4,2	12	
MIF	solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	108,3	1,5	108	107	110	3	0,734
	casado(a)/companheiro(a)	105,3	7,4	105,5	96	115	12	

N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; p = nível de significância

Tabela 5. Comparação dos domínios da Qualidade de Vida e da MIF entre os lados dominantes

Variável	Dominância	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Energia	Direita	2,9	1,6	2,2	1,3	5,0	12	0,101
	Esquerda	4,6	0,8	5,0	3,7	5,0	3	
Papéis familiares	Direita	2,7	0,6	2,5	2,0	3,7	12	0,101
	Esquerda	3,8	0,8	3,3	3,3	4,7	3	
Linguagem	Direita	3,7	1,1	3,8	1,0	5,0	12	1,000
	Esquerda	3,8	1,1	3,4	3,0	5,0	3	
Mobilidade	Direita	3,3	1,1	3,2	1,7	4,7	12	0,365
	Esquerda	3,8	0,9	3,8	2,8	4,7	3	
Humor	Direita	3,4	1,3	3,7	1,0	5,0	12	0,840
	Esquerda	3,3	1,2	2,8	2,4	4,6	3	
Personalidade	Direita	3,3	1,1	3,7	1,3	5,0	12	0,945
	Esquerda	3,6	1,0	3,0	3,0	4,7	3	
Autocuidado	Direita	3,9	0,9	4,1	2,6	5,0	12	0,448
	Esquerda	3,4	1,4	2,6	2,6	5,0	3	
Papéis sociais	Direita	1,7	1,0	1,5	1,0	4,4	12	0,031
	Esquerda	3,3	0,8	3,0	2,8	4,2	3	
Memória e concentração	Direita	3,0	1,5	2,8	1,0	5,0	12	0,945
	Esquerda	3,3	1,5	4,0	1,7	4,3	3	
Função da extremidade superior	Direita	3,4	1,1	3,4	1,6	5,0	12	0,633
	Esquerda	3,7	0,5	4,0	3,2	4,0	3	
Visão	Direita	4,1	1,0	4,2	2,3	5,0	12	0,295
	Esquerda	4,8	0,4	5,0	4,3	5,0	3	
Trabalho produtividade	Direita	2,7	1,3	2,5	1,0	5,0	12	0,448
	Esquerda	3,3	1,2	3,0	2,3	4,7	3	
EQVE-AVE	Direita	3,2	0,7	3,1	2,2	4,3	12	0,233
	Esquerda	3,7	0,4	3,6	3,4	4,1	3	
MIF	Direita	106,1	6,7	107	96	115	12	0,840
	Esquerda	105,0	7,9	108	96	111	3	

N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; p = nível de significância

Tabela 6. Comparação dos domínios da Qualidade de Vida e da MIF segundo com quem mora

Variável	Mora c/quem	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Energia	Sozinho(a)	3,2	2,6	3,2	1,3	5,0	2	0,933
	Acompanhado(a)	3,3	1,5	3,7	1,3	5,0	13	
Papéis familiares	Sozinho(a)	3,7	1,4	3,7	2,7	4,7	2	0,305
	Acompanhado(a)	2,8	0,6	2,7	2,0	3,7	13	
Linguagem	Sozinho(a)	2,0	1,4	2,0	1,0	3,0	2	0,076
	Acompanhado(a)	4,0	0,8	3,8	2,6	5,0	13	
Mobilidade	Sozinho(a)	2,8	1,5	2,8	1,7	3,8	2	0,476
	Acompanhado(a)	3,4	1,0	3,3	2,0	4,7	13	
Humor	Sozinho(a)	1,9	1,3	1,9	1,0	2,8	2	0,171
	Acompanhado(a)	3,6	1,1	3,8	1,6	5,0	13	
Personalidade	Sozinho(a)	3,3	0,5	3,3	3,0	3,7	2	0,933
	Acompanhado(a)	3,4	1,2	3,7	1,3	5,0	13	
Autocuidado	Sozinho(a)	3,7	1,6	3,7	2,6	4,8	2	0,800
	Acompanhado(a)	3,8	0,9	4,0	2,6	5,0	13	
Papéis sociais	Sozinho(a)	2,6	0,6	2,6	2,2	3,0	2	0,229
	Acompanhado(a)	1,9	1,2	1,8	1,0	4,4	13	
Memória e concentração	Sozinho(a)	1,3	0,5	1,3	1,0	1,7	2	0,076
	Acompanhado(a)	3,4	1,3	3,7	1,0	5,0	13	
Função da extremidade superior	Sozinho(a)	3,0	1,4	3,0	2,0	4,0	2	0,571
	Acompanhado(a)	3,5	1,0	3,6	1,6	5,0	13	
Visão	Sozinho(a)	3,7	1,9	3,7	2,3	5,0	2	0,686
	Acompanhado(a)	4,3	0,8	4,3	2,3	5,0	13	
Trabalho produtividade	Sozinho(a)	2,8	0,2	2,8	2,7	3,0	2	0,800
	Acompanhado(a)	2,8	1,4	2,3	1,0	5,0	13	
EQVE-AVE	Sozinho(a)	2,8	0,9	2,8	2,2	3,4	2	0,381
	Acompanhado(a)	3,4	0,6	3,3	2,3	4,3	13	
MIF	Sozinho(a)	109,0	1,4	109	108	110	2	0,686
	Acompanhado(a)	105,4	7,1	107	96	115	13	

Tabela 7. Comparação dos domínios da Qualidade de Vida e da MIF segundo lado da hemeplegia/paresia

Variável	Hemiplegia/paresia	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Energia	Direita	3,5	1,6	3,5	2,3	4,7	2	0,800
	Esquerda	3,2	1,6	3,7	1,3	5,0	13	
Papéis familiares	Direita	3,0	0,9	3,0	2,3	3,7	2	0,800
	Esquerda	2,9	0,8	2,7	2,0	4,7	13	
Linguagem	Direita	3,8	0,0	3,8	3,8	3,8	2	1,000
	Esquerda	3,7	1,2	3,8	1,0	5,0	13	
Mobilidade	Direita	3,8	1,2	3,8	3,0	4,7	2	0,381
	Esquerda	3,3	1,0	3,3	1,7	4,7	13	
Humor	Direita	3,8	1,7	3,8	2,6	5,0	2	0,571
	Esquerda	3,3	1,2	3,6	1,0	5,0	13	
Personalidade	Direita	3,3	0,5	3,3	3,0	3,7	2	0,933
	Esquerda	3,4	1,2	3,7	1,3	5,0	13	
Autocuidado	Direita	3,6	1,1	3,6	2,8	4,4	2	0,800
	Esquerda	3,8	1,0	4,0	2,6	5,0	13	
Papéis sociais	Direita	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	2	0,114
	Esquerda	2,2	1,1	1,8	1,0	4,4	13	
Memória e concentração	Direita	3,3	1,4	3,3	2,3	4,3	2	0,800
	Esquerda	3,1	1,5	3,0	1,0	5,0	13	
Função da extremidade superior	Direita	3,1	0,7	3,1	2,6	3,6	2	0,476
	Esquerda	3,5	1,0	3,6	1,6	5,0	13	
Visão	Direita	5,0	0,0	5,0	5,0	5,0	2	0,229
	Esquerda	4,1	1,0	4,3	2,3	5,0	13	
Trabalho produtividade	Direita	1,7	0,5	1,7	1,3	2,0	2	0,171
	Esquerda	3,0	1,3	3,0	1,0	5,0	13	
EQVE-AVE	Direita	3,2	0,8	3,2	2,7	3,8	2	0,933
	Esquerda	3,3	0,7	3,3	2,2	4,3	13	
MIF	Direita	110,5	4,9	110,5	107	114	2	0,381
	Esquerda	105,2	6,8	107	96	115	13	

N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; p = nível de significância

clusão ou sobreposição, assim como descrito por Madden, et al²⁰, em seu estudo “Functional Status and Health-Related Quality of Life During Inpatient Stroke Rehabilitation”, no qual uma escala de qualidade de vida (SF-36) e a MIF também são simultaneamente estudadas.

Neste estudo, as sequelas do AVE demonstram maior correlação em dois domínios da Qualidade de Vida, que são: trabalho e produtividade e autocuidado. Esses domínios se caracterizam pelo contexto de relação com o outro, no sentido de gerir-se e significar no contexto social, estando ambos diretamente ligados com a Capacidade Funcional e o que essa significa em uma vida de relação.

Todavia, o estudo não demonstra correlação entre o grau de independência funcional e os demais

domínios de Qualidade de Vida de EQVE-AVE.

Se domínio significa conjunto de questões agrupadas nos instrumentos de avaliação e que se referem à determinada área do comportamento ou da condição humana²¹, o domínio de autocuidado refere-se às atividades em que os indivíduos se engajam por vontade própria para manter a saúde e o bem-estar²²; e o domínio trabalho e produtividade se referem às atividades ou tarefas que são feitas para habilitar a pessoa a dar apoio a si mesma, à família e à sociedade por meio da produção de mercadorias e serviços, contribuindo de forma social ou econômica¹¹.

Pessoas com diferentes doenças crônicas ou sequelas respondem de forma diferente ao autocuidado, incluindo não somente decisões

sobre quais ações empreender, mas também a automonitoração contínua da saúde e interpretação de sintomas²². Para a realização de atividades de autocuidado, encontra-se, como componentes básicos à sua realização, a independência e a autonomia; dessa forma, um maior escore na MIF reflete a existência do componente básico de realização de autocuidado, ou seja, a independência.

Da mesma forma, o engajamento no trabalho e na produtividade demanda encontrar uma atividade que empregue e que denote o sentimento de capacidade de produção. Isso, muitas vezes, implica a independência funcional de acordo com o objeto de trabalho escolhido, novamente estabelecendo uma relação direta entre o domínio descrito e a MIF.

O tempo da sequela do AVE pode influenciar o desempenho das atividades funcionais e, conseqüentemente, piorar ou melhorar a expectativa na Qualidade de Vida das pessoas pós-AVE, haja vista que o período para obtenção de melhores resultados na reabilitação das sequelas ocorre nos primeiros seis meses. Dessa forma, perdas não minimizadas se perpetuam ao longo da vida e do desempenho ocupacional da pessoa, influenciando sua Qualidade de Vida.

Independentemente da reabilitação pós-AVE, pode-se nomear que as sequelas remanescentes geram o luto do “corpo perdido”, ou da independência perdida. Por isso, este estudo se propôs conhecer melhor as correlações existentes entre os escores das escalas aplicadas, na intenção de propiciar uma intervenção efetiva para garantir menores perdas e maiores ganhos na independência funcional e na Qualidade de Vida do paciente pós-AVE.

Outros resultados estatísticos relevantes deste estudo são: o escore de mobilidade no sexo masculino é significativamente maior que do feminino; os escores de papéis sociais são estatisticamente maiores entre pacientes solteiros, divorciados e viúvos do que os dos pacientes casados ou com companheiros; esses últimos, também, apresentam maiores escores em papéis sociais pacientes com dominância esquerda, mesmo tendo acometimento do hemisfério direito ocasionando hemiplegia/paresia à esquerda.

Quanto ao resultado estatístico demonstrando que os homens têm melhor mobilidade que as mulheres, isso pode estar relacionado a vários fatores, como: área e extensão da lesão e a diferença na assimetria e cognição entre os hemisférios cerebrais de homens e mulheres. Acredita-se que o homem utiliza-se

mais do hemisfério esquerdo, que tem a característica de racionalidade e praticidade. Springer, Deutsch²³ abordam questões quanto à diferença de cognição e a assimetria cerebral entre os sexos. No entanto, esses autores afirmam que apesar de toda a pesquisa que vem sendo realizada nesse campo, ainda não é possível afirmar com certeza a existência dessas diferenças. Da mesma forma, neste estudo, sem a possibilidade de precisar o local e a extensão da lesão, além do pequeno número de sujeitos que compõe a amostra, fica impossibilitada uma conclusão quanto a mobilidade e os resultados encontrados.

A prevalência de maior escore no desempenho de papéis sociais entre os solteiros, divorciados e viúvos pode ter como hipótese a necessidade “do fazer” por não ter um companheiro ou cônjuge que faça por ele, colocando-o na condição de passividade, assim transformando o desejo e a atitude em ação, levando o sujeito a ocupar um espaço enquanto indivíduo e agente de sua própria vida. Esse contexto de necessidade de sobrevivência por si estimula a liberação do funcionamento do hemisfério contralateral à lesão, ocasionando o resultado de maior escore no desempenho de papéis sociais.

Com relação a pessoas sinistras que tiveram acometimento no hemisfério direito, com sequelas à esquerda, e mesmo assim obtiveram maiores escores nos papéis sociais, sugere-se que seja em função da dupla dominância cerebral que os sinistros possuem. Segundo Springer, Deutsch²², há evidências clínicas que apontam para uma bilateralidade dos hemisférios cerebrais maior em canhotos e, dessa forma, a plasticidade é favorecida e a perda no desempenho é menor.

Nota-se no estudo que as escalas de qualidade de vida disponíveis atualmente poderiam ser denomi-

nadas como excludentes; porém, as qualificamos como restritivas, pois o fato de pacientes afásicos não se enquadrarem nos critérios de inclusão para responder a tais escalas se deve à própria definição proposta para Qualidade de Vida. Esse é um conceito que, como nos referimos no desenvolver deste estudo, possui parâmetros e vertentes, porém é de caráter individual sua conceituação final e sua qualificação. Dessa forma, haverá quantos sujeitos, proporcionalmente a quantos conceitos de Qualidade de Vida existirem. Verifica-se, ainda, que, exatamente por existir a interpretação individual e subjetiva do que é Qualidade de Vida, o fato de a população estudada estar mais reabilitada ou com mais funcionalidade e condições de desempenho ocupacional não determina a melhor ou a pior Qualidade de Vida do sujeito. A condição de resiliência de cada um interfere diretamente na relação entre o que se quer e o que se consegue fazer. Essa relação é a definição mais simples e comumente encontrada para Qualidade de Vida.

Em virtude do número de sujeitos que compõem a amostra, para aumento da confiabilidade e reprodutibilidade do estudo, sugere-se o aumento do N em continuidade ao estudo, acreditando que o estudo sobre os resultados obtidos devam ser ampliados, haja vista sua importância na compreensão do contexto dos pacientes com sequelas de AVE e na elaboração do plano de tratamento.

Conclusão

Esse estudo constatou a importância da mensuração de indicadores, como a MIF e a EQVE-AVE, para que, além da eficácia da intervenção, também, seja possível um comparativo e reavaliação de resultados nas intervenções, assim

como se faz relevante para divulgação e expansão do trabalho da Terapia Ocupacional com pacientes pós-AVE.

Assim como outros autores, nesse trabalho, também, se verificou que o estudo da escala de Qualidade de Vida e do status funcional interfere diretamente na evolução da reabilitação do paciente.

A Terapia Ocupacional é a ciência e a arte que faz uso terapêuti-

co das atividades para propiciar o aprimoramento e a valorização das habilidades dos indivíduos, com intuito de promover autonomia e independência, assim visando a melhorar a qualidade de vida do indivíduo que foi acometido por qualquer ruptura em seu cotidiano, seja ela de caráter permanente ou temporário na ordem biopsicossocial. Dessa forma, compreende-se por que a demanda de pacientes

pós-AVE vem de encontro à reabilitação em Terapia Ocupacional, por meio da compreensão dos indicadores tangíveis e mensuráveis, do conhecimento do contexto de vida do paciente e de maior apropriação do conhecimento para a intervenção com paciente, familiares e/ou cuidadores que se poderá consagrar à maior independência, autonomia e satisfação em viver por parte do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros MSM, et al. Treinamento de força em sujeitos portadores de Acidente Vascular Cerebral [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 2002. 21f. Especialização em Lato Sensu em Musculação e Treinamento da Força.
2. Faria I. Neurologia adulto. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. cap. 20, p. 187-90.
3. Costa IMPDEF. A Qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico [Dissertação]. Aracajú: Universidade Tiradentes; 2008. 67f. Mestrado em Saúde e Ambiente.
4. Dorigon S. Acidente vascular cerebral. In: Gazzola JM, Bofi TC, Carvalho ACDE. Orientação domiciliária pós-acidente vascular cerebral. São Paulo: Santos; 2007. cap. 1, p. 19-26.
5. Carr J, Shepherd R. Reabilitação neurológica: otimizando o desempenho motor. Barueri: Manole; 2008.
6. Gillen G. Acidente vascular cerebral. In: Pedretti LW, Early MB. Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. São Paulo: Roca; 2005. cap. 31, p. 675-703.
7. Lima RAG, Whitaker MCO. Qualidade de vida nos cuidados paliativos. In: Carlo MMRP, Queiroz MEG. Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2007. cap. 5, p. 108-24.
8. Lemos ND. O papel da família no tratamento do paciente com AVC: a intervenção do serviço social. In: Gazzola JM, Bofi TC, Carvalho AC. Orientação domiciliária pós-acidente vascular cerebral. São Paulo: Santos; 2007. cap. 2, p. 27-31.
9. Bifulco VA. Aspectos psicológicos do paciente com AVC. In: Gazzola JM, Bofi TC, Carvalho AC. Orientação domiciliária pós-acidente vascular cerebral. São Paulo: Santos; 2007. cap. 3, p. 33-7.
10. Law M. Avaliando papéis e competência. In: Trombly CA, Radomski MV. Terapia ocupacional para disfunções físicas. 5a ed. São Paulo: Santos; 2005. cap. 3, p. 31-45.
11. Sumsion T. Perspectiva da prática baseada no cliente. In: Sumsion T. Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação. São Paulo: Roca; 2003. cap. 1, p. 1-24.
12. Riberto M, et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiatr. 2001;8(1):45-52.
13. Riberto M, et al. Validação da versão brasileira da media de independência Funcional. Acta Fisiatr. 2004;11(2):77-6.
14. Mello MAF, Mancini MC. Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. cap. 9, p. 49-54.
15. Mello MAF, et al. Processo avaliativo em terapia ocupacional. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM. Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004. cap. 4, p. 74-98.
16. Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. Rev Neurocienc. 2008 [citado 15 Nov 2008]. Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/inpress/235_revis.pdf
17. Gomes Neto M. Aplicação da escala de qualidade de vida específica para AVE (EQVE-AVE) em hemiplégicos agudos: propriedades psicométricas e sua correlação com a Classificação Internacional de funcionalidade e Incapacidade e Saúde [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade de Minas Gerais; 2007. 75f. Mestrado em Ciências da Reabilitação.

18. Lima RCM, et al. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. Rev Bras Fisioter. 2008;12(2):149-56.
 19. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. 2a ed. New York: Wiley; 1980. 493 p.
 20. Madden SMD, et al. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil. 2006;85(10):831-8.
 21. Mota JF. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2):148-56.
 22. Hasselkus BR. Introdução às populações de adultos e idosos. In: Niestadt ME, Crepeau EB. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap. 35, p. 607-15.
 23. Springer SP, Deutsch G. Cérebro esquerdo, cérebro direito: perspectivas da neurociência cognitiva. 5a ed. São Paulo: Santos; 2008.
-

Recebido em 15 de dezembro de 2009
Versão atualizada em 21 de janeiro de 2010
Aprovado em 25 de fevereiro de 2010