

**PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO SOBRE SUA FUNCIONALIDADE E
INCAPACIDADE EM TAREFAS DE VIDA DIÁRIA**

PERCEPTION OF INDIVIDUALS AFTER STROKE ABOUT THEIR
FUNCTIONALITY AND DISABILITY IN TASKS OF DAILY LIFE

PERCEPCIÓN DE INDIVIDUOS TRAS ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
SOBRE SU FUNCIONALIDAD E INCAPACIDAD EN TAREAS DE LA VIDA
DIARIA

Maria Eduarda de Lima Onório¹
Caio Vinícius da Silva²
Maiara Alves Nascimento Araújo³
João Antonio Silva Araújo⁴

¹ Enfermeira. Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano (EESAP);
eduardaonorio2015@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4701-2282>

² Biólogo. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente (UFPB). Docente da Escola
de Ensino Superior do Agreste Paraibano (EESAP); caioviniciusgba@hotmail.com;
<https://orcid.org/0000-0002-5460-0816>

³ Fonoaudióloga. Mestre em Ciências da Reabilitação (UFRN). Docente da Escola de
Ensino Superior do Agreste Paraibano (EESAP); maiaaraanascimento13@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3747-1052>

⁴ Fisioterapeuta. Doutorando em Neurociência Cognitiva e Comportamento (UFPB).
Docente da Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano (EESAP);
joaooaraújo@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5486-5080>

RESUMO:

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE), classificado em isquêmico (AVEi) ou hemorrágico (AVEh), é uma lesão cerebral de rápido desenvolvimento clínico com distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas. **Objetivo:** Investigar a percepção de indivíduos pós AVE sobre sua funcionalidade e incapacidade em tarefas da vida diária. **Metodologia:** Estudo observacional do tipo transversal, de caráter qualitativo, desenvolvido de acordo com as fases: (1) Questionário sociodemográfico; (2) Entrevista semiestruturada; (3) Gravação de voz das entrevistas; (4) Transcrições das gravações na íntegra e (5) análise de conteúdo. A amostra, recrutada por conveniência, é composta por sujeitos acometidos pelo AVE em tratamento em um Centro Especializado em Reabilitação no interior da Paraíba. **Resultados:** Participaram da pesquisa dez sujeitos, sendo oito homens e duas mulheres, média de idade 62,5 anos. Cinco sujeitos foram acometidos pelo AVEi, três pelo AVEh e dois não souberam responder. Todos relataram dificuldades para realizar as tarefas diárias após o diagnóstico. **Conclusão:** As sequelas deixadas pelo AVE afetaram a qualidade de vida destes sujeitos, especialmente em tarefas como vestir-se, tomar banho,

comer e andar, sendo necessário algum tipo de auxílio, entretanto, o tratamento de reabilitação promoveu melhora em toda a amostra.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Modelos Biopsicossociais; Autocuidado; Tarefas domésticas.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular accident (CVA), classified as ischemic (iCVA) or hemorrhagic (hCVA), is a brain injury with rapid clinical development with focal and/or global disturbances of brain function, with symptoms lasting 24 hours or more. **Objective:** To investigate the perception of post-stroke individuals about their functionality and incapacity in daily life tasks. **Methodology:** Cross-sectional, qualitative observational study, developed according to the phases: (1) Sociodemographic questionnaire; (2) Semi-structured interview; (3) Voice recording of interviews; (4) Transcriptions of the recordings in full and (5) content analysis. The sample, recruited for convenience, is made up of subjects affected by a stroke undergoing treatment at a Specialized Rehabilitation Center in the interior of Paraíba. **Results:** Ten subjects participated in the research, eight men and two women, average age 62.5 years. Five subjects were affected by stroke, three by stroke and two were unable to respond. Everyone reported difficulties in carrying out daily tasks after the diagnosis. **Conclusion:** The sequelae left by the stroke affected the quality of life of these subjects, especially in tasks such as dressing, bathing, eating and walking, equiring some type of assistance, however, the rehabilitation treatment promoted improvement in the entire sample.

Descriptors: Stroke; International Classification of Functioning, Disability and Health; Models Biopsychosocial; Self Care; Household Work.

RESUMEN:

Introducción: El accidente cerebrovascular, clasificado como isquémico (ictus isquémico) o hemorrágico (ictus hemorrágico), es una lesión cerebral de rápida evolución con alteraciones focales y/o globales de la función cerebral, con síntomas que duran 24 horas o más. **Objetivo:** Investigar la percepción de las personas post-ictus respecto a su funcionalidad y discapacidad en las tareas de la vida diaria. **Metodología:** Estudio observacional transversal de naturaleza cualitativa, desarrollado según las siguientes fases: (1) Cuestionario sociodemográfico; (2) Entrevista semiestructurada; (3) Grabación de voz de las entrevistas; (4) Transcripciones completas de las grabaciones; y (5) Análisis de contenido. La muestra, reclutada por conveniencia, está compuesta por sujetos afectados por ictus que reciben tratamiento en un Centro de Rehabilitación Especializado en el interior de Paraíba. **Resultados:** Diez sujetos participaron en la investigación, ocho hombres y dos mujeres, con una edad media de 62,5 años. Cinco sujetos sufrieron ictus isquémico, tres ictus hemorrágico y dos no supieron cómo responder. Todos reportaron dificultades para realizar las tareas diarias después del diagnóstico. **Conclusión:** Las secuelas del ictus afectaron la calidad de vida de estos pacientes, especialmente en tareas como vestirse, bañarse, comer y caminar, requiriendo algún tipo de asistencia; sin embargo, el tratamiento de rehabilitación promovió una mejoría en toda la muestra.

Descritores: Ictus; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Modelos Biopsicosociales; Autocuidado; Tareas domésticas.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma lesão cerebral de rápido desenvolvimento clínico com distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas (Yu et al., 2019). Os AVE's são classificados como isquêmicos (AVEi), quando ocorre a obstrução de um vaso sanguíneo ocasionando o bloqueio do fluxo sanguíneo para as células cerebrais; ou hemorrágicos (AVEh) que serão o resultado da ruptura de um vaso havendo um sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóideo (Tsao et al., 2022).

No mundo, aproximadamente 15 milhões de pessoas são acometidas pelo AVE, chegando a ser a terceira causa mais comum de óbito em países desenvolvidos depois das doenças coronarianas e câncer que ocupam o primeiro e segundo lugares, respectivamente (Mamed et al., 2019). No Brasil, o AVE é a segunda causa de morte em adultos, sendo o AVEi responsável por aproximadamente 70% dos casos e o AVEh por 30% (Oliveira et al., 2020).

O tratamento para o AVEi baseia-se na desobstrução da artéria afetada para melhorar a perfusão cerebral, sendo assim, o tratamento mais eficaz é a trombólise medicamentosa para que ocorra a diluição de trombo. O uso de antiplaquetários e anticoagulantes é outra alternativa que ajuda na fluidificação do sangue. Enquanto isso, o tratamento para o AVEh é voltado para controlar a hemorragia, sendo assim, são necessários procedimentos cirúrgicos para que o vaso danificado seja clampeado ou para que seja removido algum coágulo de sangue no parênquima encefálico (Sá et al., 2021). Os primeiros meses são cruciais para que o indivíduo possa apresentar um bom prognóstico de recuperação e reabilitação pós AVE, uma vez que, nesse período o cérebro terá uma maior neuroplasticidade, capaz de readaptar-se e aprender coisas novas (Silva et al., 2022).

Após um AVE o prognóstico será influenciado pela gravidade do déficit neurológico, idade, comorbidades e etiologia. Cerca de 10% dos acometidos morrem nos primeiros 30 dias após um AVEi, apresentando durante esse mesmo período incapacidade gravíssima com base no índice de Barthel, além de estarem predispostos a uma recidiva

(Vos et al., 2020). No AVEh o volume inicial do hematoma será um fator de risco para a mortalidade e desempenho funcional nos 30 primeiros dias e ainda neste mesmo período 30% dos pacientes podem apresentar aumento do hematoma, assim, diminuindo a taxa de sobrevida (Ledur et al., 2021).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um modelo atual criado em 2001 e usado pela OMS para informação e classificação sobre funcionalidade e incapacidade de acordo com as condições de saúde de um indivíduo (Santana & Chun, 2017; OMS, 2004). Seguindo uma visão biopsicossocial, a CIF classifica a funcionalidade humana através de uma combinação de letras e números (códigos alfanuméricos) e qualificadores. Sua classificação se dá por meio da descrição da situação de cada indivíduo dentro dos domínios da CIF, que são coletados através de uma entrevista por meio de um questionário ou por um autorrelato (OMS, 2004; Larsen et al., 2020).

A CIF é organizada em duas partes: (1) funcionalidade e incapacidade, representada pelos componentes “funções e estruturas do corpo” e “atividades e participação”; (2) fatores contextuais, que compõem os fatores ambientais e os fatores pessoais (OMS, 2004; Larsen et al., 2020). Desse modo, devido aos componentes ambientais e de condições de saúde terem sido amplamente utilizados para melhorar o entendimento do processo saúde-doença, funcionalidade e incapacidade dos indivíduos, essa classificação é útil para entender o contexto biopsicossocial e pode ser utilizada para pessoas acometidas pelo AVE, abordando a doença e suas consequências de forma integral e relacionando diferentes determinantes de saúde do sujeito (Silva et al., 2022; Santana et al., 2017).

A funcionalidade e incapacidade de um indivíduo são entendidas na CIF como termos abrangentes devido à sua abordagem biológica, psicológica e social (Lima et al., 2019). As funções do corpo estudam os processos fisiológicos dos sistemas e as estruturas do corpo contemplam as partes anatômicas. Já a atividade e participação analisam como estão as realizações das tarefas ou ações por um indivíduo e como isto interfere nas atividades de vida diária (AVD's). Valendo ressaltar que, ambas não são baseadas na etiologia, mas sim em esclarecimentos (Morais et al., 2022).

As consequências do AVE são inúmeras, dependendo do tipo, extensão da lesão e condições de vida e saúde do indivíduo. Desse modo, a partir de uma interpretação do

quadro desde uma perspectiva holística é possível classificar tais agravos e observar quais as funções e estruturas do corpo ficaram comprometidas após o AVE e como isto poderia afetar na realização das atividades de vida diária (Silva, Castro & Sá, 2020).

OBJETIVO

Investigar a percepção de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE) sobre sua funcionalidade e incapacidade em tarefas da vida diária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, de caráter qualitativo que visa investigar como indivíduos em pós AVE se sentem em relação à sua funcionalidade e incapacidade na realização de atividades da vida diária (AVD's). A amostra deste estudo foi recrutada por conveniência entre os meses julho e agosto de 2022, composta por dez sujeitos adultos que foram acometidos pelo AVE e que se encontram em tratamento no Centro Especializado em Reabilitação Maria Moura de Aquino, localizado no município de Guarabira, estado da Paraíba, região nordeste do Brasil.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: indivíduos com idades entre 18 e 65 anos; que tenham sido diagnosticados com AVE (isquêmico ou hemorrágico) há mais de três meses; que realizem acompanhamento por pelo menos uma especialidade de reabilitação; e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE e autorização para gravação da voz. Os critérios de exclusão: pacientes com surdez, afasia ou com distúrbios cognitivos que impedissem a compreensão dos questionários na ausência de acompanhantes; indivíduos que não apresentassem nenhum tipo de sequela funcional por AVE; pessoas que quisessem retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

O estudo foi desenvolvido de acordo com as seguintes fases: (1) aplicação de questionário sociodemográfico, um tipo de questionário que serve para recrutar dados sobre idade, sexo, estado civil, número de filhos, entre outras informações determinantes sobre a qualidade vida do indivíduo (Yoshida, Barreira & Fernandes, 2019); (2) aplicação de entrevista semiestruturada, um tipo de entrevista predeterminada e com roteiro que utiliza métodos espontâneos parecidos com uma conversa para que o entrevistado sinta-se à vontade (Pauli et al., 2020); (3) gravação de voz das entrevistas por aparelho celular;

(4) transcrições das gravações na íntegra e (5) análise de conteúdo de acordo com Laurence Bardin (1977).

Esta pesquisa foi realizada conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tal pesquisa teve início das coletas de dados mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob número de parecer 5.117.086 e CAAE 51071421.7.0000.5188.

RESULTADOS

Participaram da entrevista dez pessoas, sendo oito do gênero masculino e duas do gênero feminino, com idades variando entre quarenta e oitenta e quatro anos (média: 62,5 anos). A maioria do público era casado, com grau de escolaridade até o ensino superior, renda familiar entre um e dois salários mínimos. A maior parte dos entrevistados encontravam-se desempregados ou eram aposentados e todos moravam em casas com uma ou mais pessoas. Os dados sociodemográficos podem ser acompanhados no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados.

n	Sexo/idade	Estado Civil	Escolaridade	Renda familiar	Ocupação	Tipo de habitação	Com quem vive atualmente
01	M - 57 anos	Casado	Sabe ler e escrever	-	Desempregado	Casa	Cônjuge e filhos
02	F - 62 anos	Divorciada	Curso Superior	Até 1 SM	Professora aposentada	Casa	Filha
03	M - 40 anos	União estável	Analfabeto	Até 1 SM	Pedreiro	Casa	Cônjuge
04	M - 66 anos	Casado	Sabe ler e escrever	Até 1 SM	Desempregado	Casa	Cônjuge
05	M - 47 anos	Casado	Analfabeto	-	Desempregado	Casa	Cônjuge
06	F - 68 anos	Casada	Sabe ler e escrever	Até 1 SM	Desempregada	Casa	Cônjuge e filhos
07	M - 75 anos	Casado	Analfabeto	Até 1 SM	Aposentado	Casa	Cônjuge e filhos
08	M - 84 anos	Casado	Analfabeto	Até 1 SM	Aposentado	Casa	Cônjuge e filho
09	M - 56 anos	Viúvo	Sabe ler e escrever	1 a 2 SM	Vendedor	Casa	Irmão
10	M - 70 anos	Casado	Ensino primário	Até 1 SM	Aposentado	Casa	Cônjuge, filhos e netos

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Os participantes da pesquisa foram identificados pela letra “E” que vem da palavra “entrevistado” para garantir o sigilo de seus nomes. Suas entrevistas semiestruturadas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o estudo de Laurence Bardin (1977)¹⁸, conforme os quadros 2, 3, 4, 5 e 6 a seguir:

Quadro 2 – Quando você teve AVE?

E1	Faz quatro meses.
E2	Faz um ano.
E3	Fazem nove meses.
E4	Faz um ano.
E5	Faz um ano e um mês.
E6	Faz sete meses.
E7	Faz um ano.
E8	Em novembro do ano passado.
E9	Faz um ano.
E10	Fazem sete anos.

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quadro 3 – Qual tipo de AVE (isquêmico ou hemorrágico) você teve?

E1	AVC isquêmico.
E2	Isquêmico.
E3	Isquêmico.
E4	Hemorrágico.
E5	Foi o hemorrágico.
E6	Eu não me lembro não, só sei que tive, mas nem sei a diferença.
E7	Foi o isquêmico.
E8	Aquela que é fora... o hemorrágico.
E9	Lembro não.
E10	Foi o isquêmico.

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quadro 4 – Você realiza as tarefas do dia a dia sozinho (a)?

E1	Antes do AVC eu conseguia fazer de tudo, uma vida normal, né? Depois não consigo fazer nada comparado a antes.
E2	Antes eu fazia tudo, hoje não.
E3	Antes eu fazia tudo, hoje não consigo fazer nada mais não, nem trabalhar consigo mais... Para andar mesmo só no andajá.
E4	Faço tudo mais o menos... É porque dói tudo, sabe?
E5	Tenho dificuldade... O que eu consigo fazer às vezes sozinho é botar um short e tirar, tomar um banho e comer. O resto não consigo e andar não ando muito normal não, só ando com a muleta.
E6	Não! Não lavo casa, roupas, nem consigo cozinhar.
E7	Antes eu conseguia... agora mais nada.
E8	Antigamente eu andava e resolvia minhas coisas, eu não trabalhava porque eu não queria, mas tudo que eu quisesse fazer eu fazia e agora faço quase nada sozinho, só tomar um banho.
E9	Realizo mais o menos, só andar que é difícil aí dependendo dos outros para algumas coisas.
E10	Antes do AVC eu era uma máquina e agora estou nesse estado já fazem sete anos.

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quadro 5 – Quais são as maiores dificuldades que você enfrenta para realizar as atividades diárias?

E1	Não consigo andar sem cadeira de rodas, vivo só em casa deitado. Eu preciso dos meus filhos e da minha esposa para tudo, o lado direito todinho do corpo e o olho todo defeituoso.
E2	Não ando mais sozinha, não faço mais as coisas dentro de casa, antes nem comer sozinha eu comia nem tomar banho, agora está voltando.
E3	Tomo banho só, como sozinho, esquento comida, mas não tenho força para fazer nada sem o andajá. Passo o dia mais deitado ou sentado.
E4	O que prejudica mais são meus braços e minhas pernas depois que eu tive esse AVC. Antes eu era um touro, agora até para se levantar dá trabalho.
E5	Eu não consigo enxergar direito depois desse AVC, então tudo complica para mim. Não consigo fazer o que quero como sair para um lugar que tenha muito batente, tudo que eu tenha que fazer preciso de gente em casa porque o povo tem medo que eu caia.
E6	Antes eu fazia tudo, mas hoje consigo nem lavar uma faca.
E7	Os braços e as pernas, andar também e ir no banheiro sozinho.
E8	Eu agora para andar não ando mais não, tudo que eu faço é nessa cadeira aqui.
E9	Depois do AVC eu não enxergo mais nada.
E10	Tive três AVC. O primeiro foi leve fiquei internado, mas não tive nenhuma sequela, com dieta e alimentação segui uma vida normal. Depois veio o segundo, esse foi mais forte, fiquei mais debilitado, só andava de muleta e não conseguia me levantar só, mas ainda fazia muita coisa sozinha. Aí veio o terceiro! Esse fez que eu não pudesse mais andar e só vou ao banheiro e ando agora com ajuda. Eu só me alimento sozinho mesmo porque o resto faço mais nada, até a fala ficou dificultada, tá meio estranho, está notando?

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quadro 6 – Como você se sente hoje após as terapias de reabilitação?

E1	Me sinto melhor, né? Antes nem no banheiro conseguia ir, hoje consigo. Estou melhorando aos poucos, mas estou devagar demais. É uma tristeza a pessoa trabalhava e agora fica deitado direto, fico pensando demais.
E2	Estou melhorando. No início era tudo, os braços e as pernas. Agora os braços estão melhor, mas as pernas têm aquela instabilidade, sabe?
E3	Isso aqui morreu tudo (apontou para a mão esquerda e para as pernas) agora que estou fazendo esse negócio aí (Fisioterapia), até que estou melhor.
E4	Graças a Deus estou melhorando, agora consigo fazer o exercício que o doutor (fisioterapeuta) passa, sabe? Eu mesmo estou notando muitas melhoras.
E5	Estou melhorando aos poucos, mas o meu maior problema ainda é a visão. A pessoa em um dia estava bom todo e do nada quando se acorda se encontra nesse estado.
E6	Comparado a antes estou melhor depois da Fisioterapia. Depois dela eu consigo me levantar sozinha e andar dentro de casa, coisa que antes não fazia. Eu faço segurando nas paredes, mas já é uma coisa.
E7	Estou melhorando aos poucos ainda.
E8	Agora eu estou bem melhor.
E9	Um pouquinho melhor. É porque ainda sinto muito dor nesse braço esquerdo.
E10	No andar teve melhora com a fisio, não consigo andar só, mas antes da fisio eu mal conseguia dar um passo ou dois, ou ter força na perna que foi atingida, que foi o lado esquerdo todinho.

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

No início das entrevistas semiestruturadas foi abordado sobre o tempo em que o participante da pesquisa teve AVE. Percebeu-se que esse tempo variou de quatro meses a sete anos. Dos dez entrevistados, todos, independentemente do tempo do acometimento, apresentavam sequelas funcionais que afetavam sua qualidade de vida (QV). Entre os indivíduos que sobrevivem ao AVE, 90% deles ficam com sequelas funcionais e apenas de 5% a 20% alcançam a recuperação completa (Anderle et al., 2019). Um estudo transversal sobre o perfil e a reclassificação de óbitos de pessoas com 30 anos de idade ou mais, realizado em parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais, apontou que a redução nas taxas de incidência do AVE se deve, principalmente, ao planejamento e a implementação de ações e serviços voltados para a prevenção dos fatores de riscos do AVE, como a aterosclerose que é causa básica do AVEi e o controle da hipertensão arterial que tem uma estreita relação com o AVEh (Mamed et al., 2019; Safanelli et al., 2019). Tais ações devem ocorrer desde a atenção primária em saúde até nos acompanhamentos e processos de reabilitação, para que assim ocorra a diminuição da prevalência e das sequelas funcionais pós AVE (Matos & Simões, 2020).

Na amostra de dez entrevistados, cinco foram acometidos pelo AVEi, três pelo AVEh e dois não lembraram por qual tinham sido acometidos. Tal achado corroborou com um estudo recente que evidencia que o tipo de AVE mais frequente é o isquêmico (Souza et al., 2022). A persistência da isquemia cerebral por mais de quatro a seis horas resultará em lesões neurológicas que poderão afetar consideravelmente as atividades de vida diária (AVD), sendo 12 horas o tempo médio recomendável para procura de assistência, por isso a importância da educação em saúde, para que os sinais e sintomas possam ser percebidos em tempo oportuno e assim a assistência hospitalar possa ser procurada imediatamente após o surgimento dos sintomas (Torres et al., 2022; Santana et al., 2018). Através de um estudo de prontuários de pacientes acometidos por AVE foi possível constatar que a maioria deles e seus acompanhantes não sabiam dizer de forma precisa a hora de início dos sintomas devido à falta de conhecimento (Barella et al., 2019). A procura médica em tempo hábil faz com que não ocorra o extrapolamento das janelas terapêuticas e que o prognóstico seja mais esperançoso. Pesquisadores investigaram a taxa de óbito de pacientes internados em uma UTI com AVEi e AVEh em um hospital

terciário. Em pacientes que apresentavam hipertensão arterial sistêmica a taxa de óbito da Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital terciário no interior de São Paulo foi de 53,3%, 30% deles tiveram episódios de parada cardiorrespiratória e 13,7% de sepse, além disso os pacientes que apresentavam obesidade com $IMC \geq 30$ permaneceram por mais tempo em ventilação mecânica.²² Desse modo, a prevenção em saúde tem um grande papel contra o AVE e suas inúmeras sequelas, uma vez que, ao conhecer os fatores de riscos e ao obter os cuidados necessários para prevenir tal agravo, as chances de ser acometido por um AVE serão reduzidas e caso ocorra o prognóstico e a recuperação serão melhores (Vitturi & Gagliardi, 2020; Silva et al., 2020).

Todos os indivíduos entrevistados nesta pesquisa apresentaram dificuldades em realizar as tarefas do dia a dia. Nove destes comparavam suas vidas antes e após o AVE, afirmando que antes conseguiam ter uma vida “normal” e após o acometimento tornaram-se dependentes ou parcialmente dependentes de outros. Seis dos indivíduos só conseguiam vestir-se, tomar banho, comer e andar com algum auxílio e um afirmou que no início nem comer sozinho conseguia. A experiência vivida após o AVE é centrada em deficiências como dor, desequilíbrio e adaptação, acompanhados com dilemas psicológicos e sociais (Matérne et al., 2022). Um estudo recente pontuou que a diminuição da funcionalidade está associada com o luto e incertezas, além de ansiedade para voltar a sentir-se integrado na sociedade (Lindvall et al., 2021). Tarefas básicas como resoluções de problemas diários, serviços domésticos e entendimento de uma conversa no meio social tornou-se um obstáculo a ser vivido dia após dia para esse público (Souza et al., 2022). A hemiparesia foi muito frequente nos entrevistados, quatro relatavam que um dos lados do corpo não funcionava, assim, correlacionavam essa realidade com o trabalho ou ocupação que tiveram que ser interrompidos, expressando sentimentos como de tristeza e revolta. Autores pontuam que a sensação de ser útil para esses indivíduos é cada vez mais reduzida, uma vez que, percebem que sua independência já não era como antes (Appelros et al., 2021). Desse modo, a diminuição da funcionalidade acaba afetando todo contexto biopsicossocial do indivíduo, sendo uma jornada longa para que a autoaceitação ocorra (Anderson, Daher & Simpson, 2020).

Os principais comprometimentos de um pós AVE são: déficits cognitivos, motores, visuais e somatossensitivos, dor, tônus anormal e reflexos, hemiparesia, hemiplegia, distúrbios posturais, de fala e de linguagem, crises e disfunções da bexiga e

intestino, tromboembolismo venoso e fissuras na pele.¹⁹ A hemiparesia, por exemplo, é uma das consequências que mais permanece por períodos longos pós AVE, chegando a ultrapassar os 12 meses. As disfunções motoras podem se tornar um déficit permanente um ano após a lesão, assim, colocando em risco a execução correta dos movimentos funcionais, prejudicando o desempenho ocupacional e a independência do indivíduo (Telles, Cahebo & Sosa, 2020).

Devido a tantas disfunções que o pós-AVE pode causar, é necessário um acompanhamento interdisciplinar para que as sequelas possam ser minimizadas (Saúl et al., 2021). Neste estudo todos faziam sessões de Fisioterapia, três tinham acompanhamento psicológico, dois eram acompanhados pelo neurologista e cardiologista e um apenas pelo neurologista. Nos primeiros meses a melhora funcional é mais rápida devido à diminuição do edema cerebral e da melhora do suprimento sanguíneo, porém, para aqueles que não conseguem ter sua funcionalidade completa, a Fisioterapia poderá contribuir com os ganhos funcionais pelos anos seguintes à medida que ela é realizada rotineiramente (Stan et al., 2010). As áreas cerebrais que sofreram lesões/distúrbio podem ser supridas de forma funcional pelas áreas não comprometidas, ou seja, através do processo fisiológico da neuroplasticidade pode haver a recuperação de uma lesão ou de uma doença central (Xavier & Honostorio, 2021). Algumas técnicas utilizadas na Fisioterapia estão associadas ao treinamento motor, induzindo a mudanças na plasticidade neural e tendo como benefício evolução nas AVD's (Luz et al., 2022). As áreas motoras, cognitivas, neurais e biopsicossociais deveram ser trabalhadas de forma interdisciplinar, recomenda-se uma equipe mínima com médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogo (Stinear et al., 2020).

Todo o público envolvido nesta pesquisa relatou que sentiu alguma melhora após as terapias de reabilitação. Para seis entrevistados no início da reabilitação a paresia era frequente e após um período houve melhora total ou parcial. Um estudo mostrou que a indicação de reabilitação na alta hospitalar atingiu 41,1% dos casos analisados, considerado uma porcentagem baixa quando é comparada com a quantidade de indivíduos com incapacidades pós AVE (Ding et al., 2022). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) contabilizaram 568.000 de pessoas com incapacidade graves no Brasil por AVE, sendo assim, se faz importante analisar o grau de limitações e o impacto das sequelas funcionais nesses indivíduos (Miranda et al., 2021). Seis entrevistados relataram

que antes da reabilitação não conseguiam ir ao banheiro sozinhos, apresentavam hemiparesia, não conseguiam andar sozinhos em casa e sentiam fortes dores nos membros. Já após a reabilitação afirmaram que passaram a ter mais estabilidade no cotidiano e que as melhoras eram graduais, porém, vinham surtindo efeito. Uma investigação obteve um resultado similar ao destacar que a assimetria postural, enfraquecimento da musculatura flexora e extensora do tronco, hemiplegia e perda da atividade e do tônus são recorrentes em pacientes com sequelas de AVE, tendo um impacto significativo na capacidade funcional, na segurança e no equilíbrio, entretanto, a Fisioterapia pode promover melhora na funcionalidade desta população (Barella et al., 2019). A fonoaudiologia também colabora no tratamento proporcionando melhora na disfagia, afasia e comunicação (Mattos et al., 2022). Outro benefício terapêutico é a habilidade da resiliência que as sessões de Psicologia podem oferecer (Linkewich et al., 2022). A resiliência é um estado de construção multidimensional que faz com que o indivíduo possa compreender o momento difícil por meio da superação (Liu et al., 2019). Estudos iniciais identificaram que a resiliência pode contribuir para a QVD após o AVE, assim, diminuindo a ansiedade e a depressão, independente das variáveis sociodemográficas, físicas e sentimentais (Oliveira & Nakano, 2018).

CONCLUSÃO

De acordo com as entrevistas realizadas nesta pesquisa, a percepção dos indivíduos sobre sua funcionalidade e incapacidade em tarefas da vida diária após AVE é de que as sequelas deixadas por este diagnóstico afetaram sua qualidade de vida, especialmente em tarefas como vestir-se, tomar banho, comer e andar, sendo necessário algum tipo de auxílio para a realização das mesmas. Devido a estas limitações, o acompanhamento de profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, neurologistas e cardiologistas foi de extrema relevância. A reabilitação, de forma especial, foi benéfica pois trouxe melhora do quadro funcional desta amostra. Esses achados contribuem para mais ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do AVE e reconhecimento de seus sinais e sintomas, pode orientar os gestores quanto a organização dos serviços direcionados a este público para que possam destacar a importância da reabilitação precoce na fase aguda da doença, além disso, este estudo pode contribuir ainda para a

difusão de conhecimento sobre a funcionalidade e incapacidade que o AVE pode causar e incentivar outros pesquisadores a ampliarem estes resultados com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

1. ANDERLE, P.; ROCKENBACH, S. P.; GOULART, B. N. G. G. et al. Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms. *CoDAS*, v. 31, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018015>.
2. ANDERSON, M. I.; DAHER, M.; SIMPSON, G. K. A predictive model of resilience among caregivers. *Neuropsychological Rehabilitation*, v. 30, n. 10, p. 1925–1946, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1620787>.
3. APPELROS, P.; MATÉRNE, M.; JARL, G.; ARVIDSSON, L. M. Comorbidade em sobreviventes de AVC. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 30, n. 10, 2021.
4. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
5. BARELLA, R. P.; DURAN, V. A. A.; PIRES, A. J. et al. Profile of care of patients with stroke in a philanthropic hospital. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 48, n. 1, p. 131–143, 2019.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: informações de saúde (TABNET) – estatísticas vitais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
7. DING, J. S.; ZHANG, Y.; WANG, T. Y. et al. Therapeutic applications of hydrogen sulfide in stroke. *Medical Gas Research*, p. 7–9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4103/2045-9912.350863>.
8. LARSEN, L. P.; JOHNSEN, S. P.; ANDERSEN, G. et al. Determinants of health status after stroke: a cohort study with repeated measurements. *Clinical Epidemiology*, v. 12, p. 1269–1279, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S270249>.
9. LEDUR, F. F.; SEHN, M.; RAUHER, R. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico hemorrágico em hospital terciário. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. 1–11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18879>.
10. LIMA, R. J.; PIMENTA, C. J. L.; FRAZÃO, M. C. L. O. et al. Functional capacity and social support to people affected by stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0854>.
11. LINDVALL, R. M.; FORSBERG, A.; APPELROS, P.; ANDERZÉ, C. A. Experiências de viver com limitações de equilíbrio após AVC. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2021.
12. LINKEWICH, E.; RIOS, J.; AVERY, L. et al. Interprofessional intervention and access to rehabilitation. *PLOS ONE*, v. 17, n. 9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266651>.
13. LIU, Z.; ZHOU, X.; ZHANG, W.; ZHOU, L. Fatores associados à qualidade de vida pós-AVC. *Journal of Affective Disorders*, v. 26, n. 5, p. 335–341, 2019.
14. LUZ, J. P. P.; SILVA, F. D. B.; SEIXAS, V. M. et al. Terapia de contenção induzida e terapia espelho pós-AVC. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 2, p. 5910–5926, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-167>.
15. MAMED, S. N.; RAMOS, A. M. O.; ARAÚJO, V. E. M. et al. Perfil dos óbitos por acidente vascular cerebral não especificado após investigação de códigos garbage em

- 60 cidades do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.3>.
16. MATÉRNE, M.; SIMPSON, G.; JARL, G. et al. Contribution of participation and resilience to quality of life among persons living with stroke. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 17, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2119676>.
17. MATOS, G. M. D. F.; SIMÕES, J. A. G. Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, v. 3, n. 2, p. 11–19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>.
18. MATOS, K. C.; OLIVEIRA, V. F.; OLIVEIRA, P. L. C. et al. Dysphagia rehabilitation for stroke patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 1, p. 84–96, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282x-anp-2021-0073>.
19. MIRANDA, P. A.; MOREIRA, L. M.; MARTINI, S. C. et al. Perfil epidemiológico do paciente pós-AVC. *Revista Científica Integrada*, v. 5, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-198>.
20. MORAIS, M. A.; MUSSI, F. C.; MUNIZ, L. S. et al. Mortalidade de pessoas com acidente vascular encefálico isquêmico em 90 dias. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0309pt>.
21. OLIVEIRA, G. M. M.; BRANT, L. C. C.; POLANCZYK, C. A. et al. Cardiovascular statistics – Brazil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, n. 3, p. 308–439, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>.
22. OLIVEIRA, K. S.; NAKANO, T. C. Avaliação da resiliência em Psicologia. *Psicologia em Pesquisa*, v. 12, n. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200100283>.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: OMS, 2004.
24. PAULI, E.; LEITE, M. T.; BORNHOLDT, L. M. et al. O viver de idosos após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem UFSM*, v. 10, n. 29, p. 1–22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769239070>.
25. SÁ, A. H. M.; RORIZ, M. I. R. C.; SOUZA, M. N. A. Evaluation of the knowledge of medical interns about diagnosis and treatment of brain vascular accident. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-613>.
26. SAFANELLI, J.; VIEIRA, L. G. D. R. V.; ARAUJO, T. et al. The cost of stroke in a public hospital in Brazil: a one-year prospective study. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 77, n. 6, p. 404–411, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190059>.
27. SANTANA, M. T. M.; CHUN, R. S. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *CoDAS*, v. 29, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172015284>.
28. SANTANA, N. M.; FIGUEIREDO, F. W. S.; LUCENA, D. M. M. et al. The burden of stroke in Brazil in 2016. *BMC Research Notes*, v. 11, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3842-3>.
29. SÁUL, T. L. P.; ENRICONI, J.; BONETTI, et al. Influência de dupla tarefa na marcha de indivíduos com hemiparesia. *Revista de Ciências Médicas*, v. 20, n. 1, p. 40–46, 2021. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v20i1.36888>.

30. SILVA, C. R.; COSTA, T. F.; PONTES, M. L. F. et al. Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0390345>.
31. SILVA, D. A.; CASTRO, A. P. O.; SÁ, D. P. C. Estudo biopsicossocial em pacientes portadores de acidente vascular cerebral. *Revista Higia*, v. 5, n. 1, p. 69–88, 2020.
32. SILVA, E. S.; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. et al. Prevalência e fatores de risco associados ao AVC em hipertensos. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20014>.
33. SOUZA, B. M.; CALDEIRA, J. R.; OLIVEIRA, S. F. et al. Influência da presença de pneumonia no tempo de ventilação mecânica invasiva em pacientes com AVC. *Revista Neurociências*, v. 30, p. 1–20, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.12788>.
34. STAN, J. H. S.; DIJKERS, M. P.; WHYTE, J. et al. The Rehabilitation Treatment Specification System. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 100, n. 1, p. 146–155, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.09.112>.
35. STINEAR, C. M.; LANG, C. E.; ZEILER, S. et al. Advances and challenges in stroke rehabilitation. *The Lancet Neurology*, v. 19, n. 4, p. 348–360, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30415-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30415-6).
36. TELLES, Y. E.; CAHEBO, A. N. S.; SOSA, O. P. S. Reabilitação física em pacientes com hemiparesia pós-AVC. *Revista Cubana de Medicina Militar*, v. 49, n. 1, p. 112–136, 2020.
37. TORRES, J. L.; ANDRADE, F. B.; LIMA-COSTA, M. F. et al. Walking speed and home adaptations are associated with independence after stroke. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2153–2162, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.13202021>.
38. TSAO, C. W.; ZAID, A. W. A.; ALMARZOOQ, A. A. et al. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, v. 145, n. 8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>.
39. VITTURI, B. K.; GAGLIARDI, R. J. Effects of statin therapy on outcomes of ischemic stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 78, n. 8, p. 461–467, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200027>.
40. VOS, T.; LIM, S. S.; ABBAFATI, C. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet*, v. 396, n. 10258, p. 1204–1222, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
41. XAVIER, M. L.; HONOSTORIO, L. C. Exercícios terapêuticos e neuroplasticidade pós-AVC. *Anais do EVINCI*, v. 7, n. 1, p. 421, 2021.
42. YOSHIDA, H. M.; BARREIRA, J.; FERNANDES, P. T. Habilidade motora, sintomas depressivos e função cognitiva em pacientes pós-AVC. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 26, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17001026012019>.
43. YU, S.; SU, Z.; MIAO, J. et al. Different types of family history of stroke and stroke risk: results based on 655,552 individuals. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 28, n. 3, p. 587–594, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.10.038>.