

Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim

Quality of life in patients with stroke: physical therapy clinic Puc Minas Betim

Paula Luciana Scalzo¹, Edifrance Sá de Souza², Aline Gracielle de Oliveira Moreira³, Daniela Aparecida Forzan Vieira³

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) resulta em inúmeras manifestações clínicas que limitam a realização das atividades de vida diária, restringem a participação social e pioram a qualidade de vida (QV). **Objetivo.** Determinar o perfil e avaliar a QV dos pacientes com diagnóstico clínico de AVC em tratamento na Clínica de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim. **Método.** Foi aplicado um questionário para obter os dados sócio-demográficos, o Mini-Exame do Estado Mental para avaliar a função cognitiva e o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) para avaliar a QV. **Resultados.** Foram avaliados 47 pacientes (27 homens e 20 mulheres), com idade média de 60,4 ($\pm 10,1$). Foram observados baixos escores em todos os domínios do SF-36, principalmente nos *aspectos físicos* e *capacidade funcional*. Os escores no domínio *capacidade funcional* foram menores nos pacientes que necessitavam de auxílio para deambulação ou estavam restritos à cadeira de rodas. O tempo de AVC e o tempo de tratamento em nosso serviço influenciaram positivamente os domínios *estado geral de saúde* e *saúde mental*. **Conclusão.** Nossos resultados corroboram outros estudos que mostram a piora da QV em sobreviventes de AVC, principalmente pelo comprometimento dos *aspectos físicos* e *capacidade funcional*.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de Vida, Capacidade Funcional.

Citação. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim.

Trabalho realizado no Curso de Graduação em Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Betim-MG, Brasil.

1. Fisioterapeuta, Doutora em Biologia Celular, Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e da Faculdade Estácio de Sá – Belo Horizonte, Betim-MG, Brasil.
2. Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim-MG, Brasil.
3. Fisioterapeuta Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim-MG, Brasil.

ABSTRACT

The stroke results in several dysfunctions that limit the capacity to perform daily living activities, restrict the social participation and worsen the quality of life (QoL). **Objective.** To determine the profile and assess the QoL of patients with stroke and undergoing treatment at the Physical Therapy Clinic at the Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim. **Method.** A questionnaire was applied to obtain sociodemographic data, the Mini-Mental State Examination (MMSE) to assess the cognitive function and the SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) to assess the QoL. **Results.** Forty-seven patients (27 male, 20 female) were assessed, with a mean age of 60.4 (± 10.1). Low scores were observed in all domains of the SF-36, mainly in the *physical aspects* and *functional capacity*. The scores in the *functional capacity* domain were lower in the patients who needed assistance to walk or were confined to a wheelchair. The time of stroke and duration of treatment in our service positively influenced the *general health condition* and *mental health* domains. **Conclusion.** Our results corroborate other studies showing a worsening in the QoL in survivors of stroke, primarily by the impairment of the *physical aspects* and *functional capacity*.

Keywords. Stroke, Quality of Life, Functional Capacity.

Citation. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Quality of life in patients with stroke: physical therapy clinic Puc Minas Betim.

Endereço para correspondência:

Profa. Paula L Scalzo
Departamento de Fisioterapia Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais.
R do Rosário, 1081 - Bairro Angola
CEP 32630-000, Betim-MG, Brasil.
E-mail: paula.scalzo@ig.com.br

Artigo Original

Recebido em: 04/08/09

Aceito em: 23/01/10

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria caracterizando o AVC isquêmico, quanto por ruptura caracterizando o AVC hemorrágico¹. Os sinais clínicos estão relacionados diretamente com a localização e extensão da lesão, assim como a presença de irrigação colateral¹. A prevalência do AVC é alta e atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, sendo considerado uma das principais causas de incapacidades em adultos. Dentre as manifestações clínicas, podemos citar os prejuízos das funções sensitivas, motoras, de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem²⁻⁴. Entre as alterações motoras, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de força muscular no dimídio contralateral à lesão encefálica²⁻³. Esses prejuízos resultam em limitação na realização das atividades de vida diária (AVD), restrições na participação social e, conseqüentemente, piora da qualidade de vida (QV)⁵.

A QV foi definida pela Organização Mundial da Saúde, a partir de um projeto multicêntrico, como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”⁶. É um conceito multidimensional e refere-se à percepção subjetiva de um indivíduo em relação a sua vida e a outros aspectos como relacionamento com a família e a sua própria saúde, questões financeiras, moradia, independência, vida social e atividades de lazer⁷. Recentemente, o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo utilizado⁷, e refere-se à percepção de um indivíduo às dimensões física, funcional, psicológica e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos^{8,9}.

A QVRS pode ser avaliada tanto por escalas genéricas do estado de saúde, quanto por escalas específicas a uma determinada doença^{7,9}. Dentre as escalas genéricas, o SF-36 (*Medical Outcomes Short-Form 36-item Health Survey*) é um questionário multidimensional, reconhecido como “padrão-ouro” na avaliação da QV^{7,9,10}. Engloba oito domínios, consistindo de duas partes. A primeira avalia o estado de saúde (questões relacionadas à mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais) e a segunda parte avalia o impacto da doença na vida diária do indivíduo^{9,11-13}. É uma escala válida para as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira e vem sendo extensamente utilizada em sobreviventes de AVC^{5,11-13}, permitindo traçar um perfil global das con-

dições funcionais, psicossociais do paciente e de suas expectativas em relação à vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 00.201.0.213.000-6) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Para a realização do estudo, foram convidados os indivíduos com diagnóstico clínico de AVC e que estavam em atendimento no ambulatório de neurologia da Clínica de Fisioterapia da PUC Minas, Betim, no período de abril a junho de 2008. Após o esclarecimento detalhado do estudo, foi solicitado que os indivíduos ou cuidador/acompanhante assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As avaliações foram realizadas na Clínica de Fisioterapia da PUC Minas, Betim, por examinadores previamente treinados. Os indivíduos foram avaliados em um consultório, individualmente, antes do atendimento dos mesmos. As informações foram coletadas diretamente com o paciente e com auxílio do acompanhante/cuidador, principalmente quando o primeiro não apresentava condições, como em casos de distúrbio de linguagem ou déficits cognitivos importantes.

Inicialmente, foi aplicado um questionário abrangendo dados sócio-demográficos (gênero, idade, profissão, escolaridade e renda familiar), clínicos (diagnóstico clínico, doenças associadas e recursos farmacológicos utilizados) e físicos (diagnóstico topográfico). Em alguns casos, o acesso ao prontuário foi necessário para confirmação de alguns dados. Posteriormente, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para a avaliação da função cognitiva e o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36).

O MEEM é um instrumento amplamente utilizado, objetivando avaliar rapidamente as habilidades cognitivas e, assim, rastrear possível comprometimento cognitivo. Avalia parâmetros quanto à orientação temporal e espacial, memória imediata, cálculo, linguagem e apraxia construtiva¹⁴. Foi aplicada a versão brasileira do MEEM¹⁵ para identificar declínios cognitivos e selecionar os pacientes que estariam aptos em responder o questionário SF-36.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QVRS, multidimensional, de fácil administração e compreensão, traduzido e validado no Brasil¹⁰. É composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: *Capacidade Funcional* (10 itens) - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; *Aspectos Físicos* (04 itens) - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como

quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária; *Dor* (02 itens) - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; *Estado Geral de Saúde* (05 itens) - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; *Vitalidade* (04 itens) - considera o nível de energia e de fadiga; *Aspectos Sociais* (02 itens) - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; *Aspectos Emocionais* (03 itens) - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente; e *Saúde Mental* (05 itens) - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Apresenta um escore final de zero a 100 pontos, sendo que zero corresponde à pior e 100 à melhor percepção da QV. O questionário objetivou avaliar o comprometimento da QV em relação ao estado geral de saúde do paciente^{9,10}.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva. Para a comparação entre variáveis foram utilizados os testes teste t de *Student* ou teste de *Mann-Whitney U*, caso as variáveis apresentassem distribuição normal ou não-normal, respectivamente. Para a análise de correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. O programa estatístico utilizado foi o SPSS (versão 15.0), considerando $p < 0,05$ como nível de significância.

RESULTADOS

Durante a realização do estudo, 96 indivíduos estavam em atendimento no ambulatório de neurologia da Clínica de Fisioterapia da PUC Minas, Betim. Desses, o AVC representou 47 (48,9%) dos diagnósticos clínicos, sendo que 34 (72,3%) dos pacientes tinham sofrido AVC isquêmico e 13 (27,7%) AVC hemorrágico. Dos 47 pacientes, 27 (57,4%) eram homens e 20 (42,6%) mulheres, e quanto à raça, 34 (72,3%) eram negros e 13 (27,7%) eram brancos.

A idade média e desvio padrão (\pm DP) foram 60,4 (\pm 10,1) anos e não houve diferença quanto à idade entre os gêneros ($p=0,472$). Quanto à faixa etária, constatou-se uma predominância de indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, totalizando 27 (57,4%) dos pacientes. Os vinte pacientes restantes apresentaram idade entre 36 e 59 anos, considerados indivíduos adultos. Desses, 13 pacientes (27,6%) apresentaram idade entre 50 e abaixo de 60 anos e apenas 7 pacientes (15,0%) apresentaram idade abaixo de 50 anos.

Dos 47 pacientes, 45 apresentavam alguma doença associada, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), hipercolesterolemia e a diabete melito (DM)

as doenças mais frequentes. Trinta e oito (80,8%) apresentavam HAS, 14 (29,8%) hipercolesterolemia e 7 (14,9%) apresentavam DM. Foi verificado também que todos os pacientes faziam uso regular de algum medicamento, sendo a média de 4,1 (\pm 2,0) medicamentos.

Em relação ao diagnóstico topográfico, 28 (59,6%) pacientes apresentavam hemiplegia à esquerda e 19 (40,4%) hemiplegia à direita. O tempo de AVC oscilou entre um mês e dez anos, sendo que apenas 7 (14,9%) dos pacientes tinham sofrido o AVC há menos de seis meses, 7 (14,9%) entre seis meses e um ano e o restante (70,2%) havia sofrido há mais de um ano. Quanto à locomoção, 25 (53,2%) apresentavam deambulação independente de dispositivos, 13 (27,7%) deambulavam com auxílio de bengala ou muleta e 9 (19,1%) estavam restritos à cadeira de rodas.

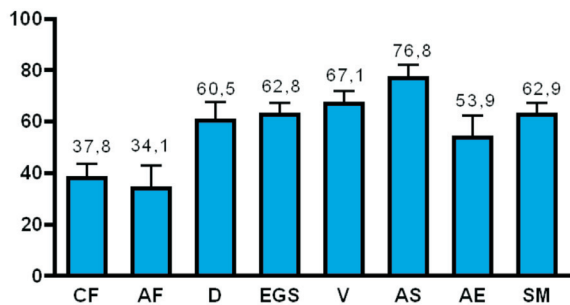
Em relação à ocupação, foi possível verificar que 36 (76,6%) da população estudada eram aposentados e/ou pensionistas e 7 (14,9%) encontravam-se afastados ou desempregados. Apenas 4 (8,5%) ainda trabalhavam. A renda familiar média foi de 2,0 salários, com desvio padrão de 1,3 salários mínimos.

Quanto ao nível educacional, 14 pacientes (29,8%) eram analfabetos, 10 (21,3%) apresentavam baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo incompletos), 19 (40,4%) apresentavam média escolaridade (4 a 8 anos incompletos) e apenas 4 (8,5%) apresentavam alta escolaridade (acima de 8 anos de estudo). O tempo médio de estudo (\pm DP) foi 3,2 (\pm 2,8) anos, sendo que não houve diferença entre homens e mulheres ($p=0,659$).

Em relação à avaliação da função cognitiva, 3 (6,4%) dos pacientes não responderam o MEEM por apresentarem algum tipo de afasia. Dos 44 pacientes avaliados, apenas 26 obtiveram escores acima de 18 pontos. O escore médio (\pm DP) obtido foi 18,7 (\pm 5,9), não ocorrendo diferença entre os gêneros ($p=0,781$). Desses, o SF-36 foi respondido por 21 pacientes (9 mulheres e 12 homens) e os escores obtidos em seus componentes estão representados na Figura 1.

Na análise dos diferentes componentes da escala, o maior comprometimento ocorreu nos domínios *aspectos físicos* e *capacidade funcional*. De qualquer forma, os demais domínios também apresentaram valores considerados baixos, sendo que apenas o domínio *aspectos sociais* apresentou os maiores valores.

Não foram obtidas correlações entre os domínios do SF-36 e a idade. Foram obtidas correlações entre o tempo de AVC e os domínios *estado geral de saúde* ($r_s = 0,499$, $p = 0,021$) e *saúde mental* ($r_s = 0,437$,

Figura 1. Distribuição dos escores nos domínios do SF-36.

CF= Capacidade Funcional; AF, Aspectos Físicos; D, Dor; EGS, Estado Geral de Saúde; V, Vitalidade; AS, Aspectos Sociais; AE, Aspectos Emocionais; SM, Saúde Mental.

$p=0,048$); tempo de tratamento no nosso serviço e os domínios *capacidade funcional* ($rs= 0,454$, $p= 0,039$), *estado geral de saúde* ($rs= 0,666$, $p= 0,001$) e *saúde mental* ($rs= 0,692$, $p= 0,001$). Aqueles pacientes com dificuldade para a locomoção ou restritos à cadeira de rodas apresentaram pior percepção no componente *capacidade funcional* ($p=0,035$).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que o AVC é o diagnóstico clínico mais frequente no nosso serviço, principalmente do tipo isquêmico, acometendo predominantemente pessoas idosas, do gênero masculino e da raça negra. Esses achados corroboram a literatura que mostra que com o aumento da longevidade ocorrido nos últimos anos há uma tendência de maior incidência e prevalência de AVC¹³, o que também tem ocorrido no Brasil¹⁶⁻¹⁸, acometendo principalmente a faixa etária acima de 60 anos¹⁷. Além disso, é sabido que a maior incidência ocorre em homens e em pessoas da raça negra¹⁹. O perfil dos pacientes deste estudo, quanto à etiologia, demonstrou predomínio de AVC isquêmico em relação ao hemorrágico, indo de encontro aos achados de outros estudos^{17,18,20}.

Dentre as doenças associadas, encontramos uma grande incidência, em ordem decrescente, de HAS, hipercolesterolemia e DM. Essas têm sido apontadas na literatura como facilitadores da ocorrência de AVC e muitos autores concordam que a HAS é o fator de risco predominante^{17,20}.

Apesar dos estudos mostrarem principalmente o comprometimento do hemisfério direito^{17,18}, os pacientes que se encontravam em atendimento no nosso serviço apresentavam predominantemente hemiplegia à es-

querda.

Foi possível observar a alta porcentagem de pacientes com longo tempo de instalação de AVC e de baixa renda, o que poderia ser justificado pelo fato de o nosso serviço prestar atendimento ao Sistema Único de Saúde. É descrito que a situação sócio-econômica desempenha um papel determinante na saúde de indivíduos e populações, sendo que piores condições de saúde e pior função física associam-se com menor renda familiar, independentemente da faixa etária²¹. Cabe ressaltar que mesmo após seis meses de lesão, quando não se espera recuperação espontânea, é possível uma melhora do quadro clínico²² ou mesmo a manutenção das habilidades adquiridas e prevenção de complicações, o que justifica o atendimento de pacientes crônicos em nosso serviço.

Destacamos ainda que, em nossa amostra, a maioria dos indivíduos era analfabeta ou possuía baixa escolaridade. As pessoas de classes sociais mais baixas são frequentemente acometidas por enfermidades crônicas, já que possuem menor acesso à informação, à alimentação adequada e atividades físicas²³.

Alterações cognitivas podem ocorrer como sinais de doenças neurológicas e até mesmo do envelhecimento normal, e muitas vezes não são relatadas ou valorizadas pelos pacientes e familiares. Nossos resultados mostraram que um grande número de pacientes apresentou escores baixos no MEEM, mesmo que esta queixa não tenha sido investigada anteriormente. Esses resultados são condizentes com a literatura, já que em uma população mesmo sem queixas apresenta alto índice de alterações cognitivas, indicando a necessidade de realizar a avaliação dessas funções em pacientes neurológicos²⁴.

No presente estudo, os escores dos domínios que constituem o SF-36 foram aplicados para avaliar a QV em uma amostra de 21 pacientes que sofreram AVC. Nossos resultados mostram que todos os domínios foram comprometidos, na sequência: aspectos físicos, capacidade funcional, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, saúde mental, vitalidade e por último, aspectos sociais.

Existem diversos fatores que parecem contribuir para o declínio da QV em sobreviventes de AVC, podendo ser citadas a idade avançada, a gravidade dos sintomas motores, a incapacidade de retornar ao trabalho, o prejuízo cognitivo, assim como a presença de comorbidades^{5,13,25-27}. Entretanto, no nosso estudo não foram observadas correlações entre os domínios que compõem o SF-36 e a idade avançada, ao contrário de muitos outros^{26,27}. Esse fato pode ser explicado pelo

número pequeno de pacientes que respondeu o questionário.

Em relação à contribuição da gravidade dos sintomas motores e da limitação física na piora da QV, foi possível observar que os nossos pacientes apresentaram os menores escores nos domínios aspectos físicos e capacidade funcional. Isto pode ser justificado pela presença de hemiplegia em todos os pacientes avaliados, o que contribui para a limitação funcional. Além disso, foi detectado que aqueles pacientes que necessitavam de dispositivo auxiliar para a deambulação ou estavam restritos à cadeira de rodas apresentaram maior comprometimento no domínio capacidade funcional. Essas alterações, juntamente às outras sequelas provocadas pelo AVC, causam prejuízo na autonomia e na independência destes pacientes, interferindo em sua capacidade funcional e, conseqüentemente, em sua QV. Outros estudos também observaram baixo escore em capacidade funcional²⁵, assim como detectaram maior comprometimento nos mesmos domínios que o nosso estudo em pacientes após um ano de AVC²⁶. É descrito que a limitação no desempenho funcional, como vestir-se, banhar-se e até mesmo caminhar pequenas distâncias de forma independente, consiste em um fator importante na percepção da QV¹².

O domínio aspectos emocionais inclui as limitações relacionadas ao tipo e quantidade de trabalho, assim como o quanto essas limitações podem interferir no desenvolvimento do trabalho e das AVD dos pacientes. O fato de a maioria dos nossos pacientes ser aposentada poderia explicar estes resultados. Isto pode ser justificado pela média de idade alta dos mesmos, mas também não pode ser esquecido o fato de que as sequelas do AVC muitas vezes são incapacitantes e prejudicam ou até mesmo impossibilitam o retorno ao trabalho, ocasionando aposentadorias precoces.

Os domínios dor que investiga a presença de sofrimento, fundamentando-se na intensidade da dor, extensão ou interferência nas AVD; saúde mental que investiga a presença de ansiedade, depressão, alterações do comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico; estado geral de saúde que avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; assim como vitalidade que considera o nível de energia e o de fadiga, também apresentaram escores baixos. Isso sugere a influência física e psicológica, direta e indiretamente, do AVC no cotidiano dos pacientes, que percebem o diagnóstico clínico como uma situação grave e que afeta a disposição dos mesmos.

No entanto, deve-se ressaltar que aqueles pacientes com maior tempo de instalação do AVC apresentaram melhor percepção nos domínios estado geral de saúde e saúde mental. Isso também foi observado em relação ao tempo de tratamento no nosso serviço. Aqueles pacientes que estavam em tratamento há mais tempo apresentaram melhor percepção nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental. Em parte, esses resultados podem ser explicados pela melhora do quadro clínico com a longa duração do AVC e com a intervenção fisioterapêutica, o que pode ter contribuído para o melhor desempenho funcional, melhor percepção em relação à saúde e ao bem-estar psicológico. O que também pode explicar os valores maiores no domínio aspectos sociais que se referem à percepção dos indivíduos quanto à sua interação social, em meio familiar e ambiente de tratamento, de forma a ampliar o relacionamento social. Nossos achados corroboram outros estudos que mostram maiores valores nos instrumentos de QV após o primeiro ano de AVC, sugerindo que os pacientes tenham se adaptado com as incapacidades^{28,29}.

Uma das limitações deste estudo é a amostra por conveniência, composta apenas por pessoas que estavam em atendimento no nosso serviço e que consentiram participar, o que dificulta a generalização dos resultados. Outra é por se tratar de um estudo transversal, onde os achados apontam mais para uma associação do que uma relação de causa e efeito. Entretanto, por se tratar de uma clínica escola, o conhecimento dos dados sócio-demográficos, assim como os fatores que influenciam a percepção da QV dos pacientes em atendimento pode subsidiar elementos importantes na promoção da saúde para essa população e para a formação dos discentes.

CONCLUSÃO

Nossos resultados mostram maior frequência de pacientes com diagnóstico clínico de AVC, do tipo isquêmico, predominantemente idosos, da raça negra e do gênero masculino no nosso serviço, o que corrobora outros estudos. Em relação ao SF-36, foi possível observar o comprometimento na percepção da QV em detrimento de todos os domínios do questionário, principalmente pelos aspectos físicos e capacidade funcional, o que pode ser justificado pelas manifestações clínicas provocadas pelo AVC, que causam prejuízo na autonomia e independência destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1.Lewis SR. Patogênese. Classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: Rowland LP; Merrit (ed). *Tratado de Neurologia*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002, p.184-95.
- 2.Ryerson SD. Hemiplegia. In: Umphred DA (editor). *Reabilitação Neurológica*. 4ª. ed. Barueri: Manole 2004, p.782-830.
- 3.Shepherd R. Stroke. In: Carr JH, Shepherd RB (ed). *Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance*. 3ª. ed. Oxford: Butterworth Heinemann 2000, p.242-78.
- 4.Tyson SF, Hanley M, Chillala J, Selley A, Tallis RC. Balance disability after stroke. *Phys Ther* 2006;86:30-8.
- 5.Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, McKeivitt CD. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing* 2006;35:273-9.
- 6.The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-10.
- 7.Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004;20:580-8.
- 8.Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde coletiva* 2000;5:7-18.
- 9.De Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2008; in press.
- 10.Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-50.
- 11.Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr* 2004;11:106-9.
- 12.Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Rev Bras Ciên e Mov* 2002;10:47-54.
- 13.Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:1035-42.
- 14.Bertolucci PH, Bruscki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.
- 15.Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:777-81.
- 16.Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, de Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Prom Saúde* 2007;20:22-7.
- 17.Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Revista Neurociências* 2004;12:117-22.
- 18.Bruno AA, Farias CA, Ityia GT, Masiero D. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação. *Acta Fisiatr* 2000;7:92-4.
- 19.Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan P, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol* 2008;7:915-26.
- 20.Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev SO-CESP* 1999;9:509-18.
- 21.Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Púb* 2003;19:745-57.
- 22.Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM, Guimarães CQ, Goulart F, Parreira VF, Inácio EP. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Fisioter* 2005;9:347-53.
- 23.Chagas NR, Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta Scient Health Sci* 2004;26:193-204.
- 24.Vitiello APB, Ciriaco JGM, Takahashi DY, Nitrini R, Caramelli P. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatórios de neurologia geral. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65:299-303.
- 25.Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996;27:1812-6.
- 26.Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen PCN, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:1541-6.
- 27.Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. home or hospital for stroke rehabilitation? Results of randomized controlled trial I: health outcomes at 6 months. *Stroke* 2000;31:1024-31.
- 28.King RB. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996;27:1467-72.
- 29.Aprile I, Piazzini DB, Bertolini C, Caliandro P, Pazzaglia C, Tonali P, et al. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci* 2006;27:40-6.