**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

EMANUELLA BARROS DOS SANTOS

**Trajetória e preditores do estresse psicológico dos idosos
sobreviventes do AVC seis meses após a alta**

**RIBEIRÃO PRETO
2016**

EMANUELLA BARROS DOS SANTOS

Trajetória e preditores do estresse psicológico dos idosos
sobreviventes do AVC seis meses após a alta

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Emanuella Barros dos

Trajetória e preditores do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta. Ribeirão Preto, 2016.

128 p.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

1. Idoso. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. Estresse psicológico. 4. Enfermagem Gerontológica.

SANTOS, Emanuella Barros dos

Trajetória e preditores do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido serenidade nos momentos de desespero e perseverança para seguir firme no meu propósito.

Aos meus pais, Solange e Emanuel, pelo apoio e amor incondicional. Vocês são o alicerce dessa conquista.

Às minhas irmãs, Simielle e Meirelles, pela torcida, apoio e acalento nos momentos difíceis.

Ao meu noivo, Eduardo, pelo companheirismo e apoio incessante. Obrigada por tornar essa caminhada mais suave. Amo-te.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, pelos ensinamentos, amizade e por ter me concedido a oportunidade de ingressar no mundo acadêmico.

Ao Prof^a Dr^o Octávio Marques Pontes Neto, por ter compartilhado seu conhecimento sobre a neurologia.

Ao Prof^o Dr^o Vanderlei Hass, pelos ensinamentos sobre estatística.

A Edma Leal, por sua incansável disponibilidade para ajudar-me nas minhas atividades acadêmicas.

À minha amiga, Juliana, pela amizade e inúmeras recepções calorosas nas minhas idas a Ribeirão Preto.

Às minhas amigas, Flávia e Milena, pela amizade e apoio durante essa caminhada.

*Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
(NUPEGG), pelo acolhimento e amizade.*

*A Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, por tornar possível a realização desse sonho por
meio dos abonos concedidos.*

*Aos idosos, pela recepção em suas casas e disposição em colaborar com esta
pesquisa.*

RESUMO

SANTOS, E.B.S. **Trajetória e preditores do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta.** 2016. 128f. Tese (Doutorado – Programa Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença com início súbito que pode afetar o funcionamento físico, cognitivo e comportamental de uma pessoa. Diante das inúmeras transformações que pode causar, há grande chance de os sobreviventes vivenciarem a ocorrência do AVC como uma experiência estressante. O presente estudo teve como objetivo analisar a trajetória e identificar os preditores do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC. Tratou-se de um estudo longitudinal e prospectivo, realizado no Distrito Federal. A amostra foi constituída por 50 idosos sobreviventes do AVC recrutados do setor de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada em três momentos, a saber: duas semanas (T1), três meses (T2) e seis meses (T3) após a alta hospitalar. O instrumento para coleta de dados foi composto por questões sociodemográficas, clínicas, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Estresse Percebido – 10 itens (EEP-10), Escala do AVC do *National Institute of Health* (NIHSS), Medida da Independência Funcional (MIF), Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens (EGD-15). A média de idade dos sobreviventes do AVC foi de 70,3 (7,6) anos. Houve predomínio de idosos mais jovens (60 a 79 anos) e sem companheiro (54%). A amostra foi composta por número igualitário de participantes do sexo masculino e feminino. Os sobreviventes estudaram, em média, 4,2 anos, e a maioria recebia de um a dois salários mínimos (70%). O AVC isquêmico foi o tipo do AVC mais prevalente (96%). A média do número de comorbidades foi de 2,36 (DP=0,8), sendo que 78% dos idosos possuíam de duas a três comorbidades. A média da EEP-10 apresentou declínio no decorrer dos seis meses ($p<0,001$). Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias da EEP-10 nos momentos T1 e T2, T1 e T3, sendo mais acentuada entre os momentos T1 e T3 ($p<0,001$). Entre T1 e T3, a média da EEP-10 dos idosos sobreviventes do AVC apresentou queda de quase seis pontos ($p<0,001$). Não houve associação entre o estresse psicológico e as

variáveis sociodemográficas (sexo, renda, idade, estado civil) no T1, T2, T3. Os idosos com cuidador apresentaram maior média na EEP-10 quando comparados aos idosos sem cuidador no T1 ($p=0,003$), T2 ($p<0,001$) e T3 ($p=0,02$). Os idosos com depressão apresentaram maior média na EEP-10 quando comparados aos idosos sem depressão no T1 ($p<0,001$), T2 ($p<0,001$) e T3 ($p<0,001$). Os sobreviventes com AVC moderado apresentaram maior média na EEP-10 quando comparados aos idosos com AVC leve no T1 ($p=0,001$), T2 ($p=0,006$) e T3 ($p<0,001$). A redução da média da EEP-10 apresentou relação com o aumento da média da MIF ($p=0,04$) e a redução da média de EGD-15 ($p<0,001$). A média da MIF ($\beta=-0,61$; $p=0,015$) e da EGD-15 ($\beta=0,30$; $p=0,01$) no T1 foram preditores da média da EEP-10 no T3. Conclui-se que o estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC diminuiu no decorrer dos seis meses após a alta hospitalar para casa. Além disso, menor funcionalidade e maior número de sintomas depressivos duas semanas após a alta prevêm maior nível de estresse psicológico seis meses após a alta.

Palavras-chave: Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Estresse Psicológico; Enfermagem gerontológica.

ABSTRACT

SANTOS, E.B.S. Trajectory and predictors of the psychological stress among elderly stroke survivors six months after discharge. 2016. 128p. Thesis (Doctorate – Fundamental Nursing Program) - College Of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo., Ribeirão Preto, 2016.

Stroke is a disease with a sudden onset that can affect the physical, cognitive and behavioral functioning of a person. In the face of the many transformations it may cause, there is a great chance that survivors will experience the occurrence of stroke as a stressful experience. This study aimed to analyze the trajectory and to identify the predictors of the psychological stress of the elderly stroke survivors. It was a longitudinal and prospective study, which took place in the Federal District. The sample consisted of 50 elderly stroke survivors, recruited from the Emergency Department of the Base Hospital of the Federal District. Data collection was performed in three moments, namely: two weeks (T1), three months (T2) and six months (T3) after hospital discharge. The instrument for data collection consisted of sociodemographic and clinical questions, Mini Mental State Examination (MMSE), Perceived Stress Scale - 10 items (PSS-10), National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Measure Independence Functional (MIF), Geriatric Depression Scale - 15 items (GDS-15). The average age of stroke survivors was 70.3 (7.6) years. There was a predominance of younger elderly (60 to 79 years) and those without a companion (54%). The sample consisted of an equal number of male and female participants. The survivors studied, on average, 4.2 years, and the majority received from one to two minimum wages (70%). Ischemic stroke was the most prevalent stroke type (96%). The mean number of comorbidities was 2.36 (SD = 0.8), and 78% of the elderly had from two to three comorbidities. The mean PSS-10 showed a decline over the six months ($p < 0.001$). There was a statistically significant difference between the means of the PSS-10 at moments T1 and T2, T1 and T3, being more pronounced between T1 and T3 moments ($p < 0.001$). Between T1 and T3, mean PSS-10 of stroke survivors presented a drop of almost six points ($p < 0.001$). There was no association between psychological stress and sociodemographic variables (sex, income, age, marital status) in T1, T2 and T3. Elderly with caregivers presented

a higher average in the PSS-10 when compared to the untreated elderly in T1 ($p=0.003$), T2 ($p<0.001$) and T3 ($p=0.02$). The elderly with depression presented a higher mean in the PSS-10 when compared to the elderly without depression in T1 ($p<0.001$), T2 ($p<0.001$) and T3 ($p<0.001$). Survivors with moderate stroke presented a higher mean in the PSS-10 when compared to the elderly with mild stroke in T1 ($p=0.001$), T2 ($p=0.006$) and T3 ($p<0.001$). The reduction of the mean PSS-10 was related to the increase in the mean FIM ($p = 0.04$) and the reduction in the mean GDS-15 ($p<0.001$). The mean FIM ($\beta=-0.61$, $p=0.015$) and the GDS-15 ($\beta=0.30$, $p=0.01$) in T1 were predictors of mean PSS-10 in T3. It has been concluded that the psychological stress of the elderly stroke survivors decreases during the six months after hospital discharge. In addition, lower functionality and greater number of depressive symptoms, two weeks post-discharge, predict higher level of psychological stress six months after it.

Descriptors: Aged; Stroke; Psychological Stress; Geriatric nursing.

RESUMEN

SANTOS, E.B.S. Trayectoria y predictores de estrés psicológico de los adultos mayores sobrevivientes de AVC seis meses posterior al alta. 2016. 128p. Tesis (Doctorado – Programa de Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

El Accidente Cerebral Vascular (ACV) es una enfermedad de inicio súbito que puede afectar el funcionamiento físico, cognitivo y el comportamiento de una persona. Frente a las innúmeras transformaciones que puede causar, hay una gran probabilidad que los sobrevivientes que sufrieron de ACV fue una ellos como una experiencia estresante. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la trayectoria e identificar los predictores del estrés psicológico de los adultos mayores sobrevivientes de ACV. Se trató de un estudio longitudinal prospectivo, realizado en el Distrito Federal. La muestra fue constituida por 50 adultos mayores sobrevivientes con ACV reclutados del sector de Emergencia del Hospital de Base del Distrito Federal. La recolección de los datos fue realizada en tres momentos: dos sesmas (T1), tres meses (T2) y seis meses (T3) posterior a la alta hospitalaria. El instrumento para la recolección de los datos fue compuesto por preguntas sobre el perfil sociodemográfico, clínico, Mini Examen del Estado Mental (MEEM), Escala del Estrés Percibido – 10 ítems (EEP-10). Escala del AVC del National Institute of Health (NIHSS), Medida de la Independencia Funcional (MIF), Escala de Depresión Geriátrica – 15 ítems (GDS-15). El promedio de edad de los sobrevivientes del ACV fue de 70.3 (7.6) años. Hubo predominio de adultos mayores más jóvenes (60 a 79 años) y sin pareja (54%). La muestra fue compuesta por el número igualitario de participantes del sexo masculino y femenino. Los sobrevivientes estudiaron un promedio de 4.2 años y la mayoría recibía de un a dos salarios mínimos (70%). El ACV isquémico fue le tipo de ACV más prevalente (96%). El promedio del número de comorbilidades fue de 2.36 (DP=0.8), siendo que 78% de los adultos mayores sufrían de dos a tres comorbilidades. El promedio dela EEP-10 presento una disminución en el transcurso de los seis meses ($p<0,01$). Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las medias de la EEP-10 en los momentos T1 y

T2, T1 y T3, siendo más acentuada entre los momentos T1 y T3 ($p<0,001$). Entre T1 y T2, la media de la EEP-10 de los adultos mayores sobrevivientes del AVC presentó una caída de casi seis puntos ($<0,001$). No hubo asociación entre el estrés psicológico y las variables sociodemográficas (sexo, salario, edad, estado civil) en el T1, T2 y T3. Los adultos mayores con cuidador presentaron una mayor media en la EEP-10 al ser comparados con los adultos mayores sin cuidador en el T1 ($p=0.003$), T2 ($p<0.001$) y T3 ($p=0.02$). Los adultos mayores con depresión presentaron una mayor media en la EEP-10 al ser comparados a los adultos mayores sin depresión en el T1 ($p<0.001$), T2 ($p<0.001$) y T3 ($p<0.001$). Los sobrevivientes con ACV moderado presentaron una mayor media en la EEP-10 al compararse con los adultos mayores con ACV leve en el T1 ($p=0.001$), T2 ($p=0.006$) y T3 ($p<0.001$). La reducción de la media de la EEP-10 presentó relación con el aumento de la media de la MIF ($p=0.04$) y la reducción de la media de EDG-15 ($p<0.001$). La media de la MIF ($\beta=-0.61$; $p=0.015$) y de la EDG-15 ($\beta=0.30$; $p=0.01$) en el T1 fueron predictores de la media de la EEP-10 en el T3. Se concluye que el estrés psicológico de los adultos mayores sobrevivientes del ACV disminuye en el transcurso de los seis meses posterior al alta hospitalaria rumbo a casa. Además, menor funcionalidad y mayor número de síntomas depresivos dos semanas posterior al alta indica mayor nivel de estrés psicológico seis meses posterior al alta.

Palabras claves: Anciano; Accidente Cerebral Vascular; Estrés Psicológico; Enfermería gerontológica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do Distrito Federal com suas 31 regiões administrativas.....	43
Figura 2	Seguimentos dos sujeitos elegíveis.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos idosos sobreviventes do AVC no momento T1. Distrito Federal, 2014-2016.....	55
Tabela 2	Características clínicas dos idosos sobreviventes do AVC no momento T1. Distrito Federal, 2014-2016.....	56
Tabela 3	Prevalência pontual de depressão, da gravidade do AVC e da participação na reabilitação nos idosos sobreviventes do AVC no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.....	57
Tabela 4	Valor mínimo, máximo, mediana e média (desvio padrão) das variáveis contínuas no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.....	58
Tabela 5	Trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC. Distrito Federal, 2014-2016.....	59
Tabela 6	Comparações múltiplas da EEP-10 nos diferentes momentos de avaliação. Distrito Federal, 2014-2016.....	59
Tabela 7	Distribuição das médias do EEP-10 de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Distrito Federal, 2014-2016.....	61
Tabela 8	Distribuição das médias do EEP-10 de acordo com depressão, gravidade do AVC e participação na reabilitação nos momentos T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.....	64
Tabela 9	Correlações das variáveis com a Escala de Estresse Percebido (EEP-10) no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.....	66
Tabela 10	Distribuição das médias da DIF de acordo com grupo etário, sexo, companheiro, cuidador, primeiro episódio do AVC, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus. Distrito Federal, 2014-2016.....	67
Tabela 11	Correlações entre escolaridade, renda, número de comorbidades, DIF da MIF, NIHSS, EGD-15 e DIF da EEP. Distrito Federal, 2014-2016.....	68
Tabela 12	Regressão linear múltipla com o fator evolução do	

	estresse psicológico como variável dependente. Distrito Federal, 2014-2016.....	69
Tabela 13	Regressão linear múltipla com o fator estresse psicológico no T3 como variável dependente. Distrito Federal, 2014-2016.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EEP-10	Escala de Estresse Percebido – 10 itens
EGD-15	Escala Geriátrica de Depressão – 15 itens
EUA	Estados Unidos da América
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida da Independência Funcional
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
SNC	Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	25
2.1	Acidente Vascular Cerebral.....	26
2.2	Estresse Psicológico.....	31
2.3	Acidente Vascular Cerebral e Estresse Psicológico.....	36
3	OBJETIVOS	40
3.1	Objetivo geral.....	41
3.2	Objetivos específicos.....	41
4	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	42
4.1	Delineamento do estudo	43
4.2	Local e período do estudo	43
4.3	População do estudo.....	43
4.4	Processo de amostragem.....	44
4.5	Amostra do estudo	44
4.6	Variáveis do estudo.....	44
4.7	Instrumentos de coleta de dados.....	46
4.8	Procedimento de coleta de dados.....	50
4.9	Processamento dos dados.....	50
4.10	Análise estatística dos dados.....	51
4.11	Aspectos éticos.....	52
5	RESULTADOS.....	53
5.1	Características gerais da amostra.....	54
5.2	Trajetória do estresse psicológico.....	58
5.3	Estresse psicológico segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	59
5.4	Fatores relacionados à trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC.....	68
5.5	Preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta.....	69
6	DISCUSSÃO.....	70
6.1	Trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC.....	71
6.2	Preditores de estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC.....	77
6	CONCLUSÕES.....	84
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES.....	104

ANEXOS..... 106

1 INTRODUÇÃO

O padrão demográfico mundial tem sido marcado por inúmeras transformações importantes nos perfis etários das populações, fenômeno conhecido como Transição Demográfica. Um importante fator da transição demográfica é o padrão de mortalidade. Até o século XVII, a população mundial não apresentou crescimento sustentado significativo em decorrência das altas taxas de fecundidade e mortalidade. As pessoas morriam devido à escassez de alimentos, endemias e epidemias. Com o aumento da disponibilidade de alimentos e melhorias nas condições de saúde, verificou-se uma queda nas taxas de mortalidade. Em contrapartida, em virtude, fundamentalmente, da diminuição das taxas de fecundidade, ocorreram alterações nos perfis etários das populações, representados por pirâmides demográficas com bases mais estreitas e ápices mais alargados em substituição das pirâmides com bases mais alargadas e ápices estreitos. Tais alterações definem a Transição Demográfica (OMRAN, 1996).

No Brasil, entre as décadas de 30 e 60 do século XX, houve um sensível declínio da mortalidade em razão das melhorias sanitárias e do maior controle das doenças infecciosas. Entretanto, devido à manutenção das elevadas taxas de fecundidade, a população apresentou-se como quase-estável, com uma distribuição etária praticamente constante e constituída, predominantemente, por jovens (CARVALHO; GARCIA, 2003). A partir do final da década de 60, iniciou-se o declínio rápido e sustentado da fecundidade no país. O declínio da fecundidade associado ao aumento da esperança ao nascer desencadeou um processo contínuo de estreitamento da base e alargamento do ápice da pirâmide etária, expressando um processo de envelhecimento relativo da população, o qual se referia não somente ao número absoluto de pessoas idosas, mas, principalmente, ao aumento relativo de idosos na população (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

As mudanças complexas nos padrões de fertilidade e da estrutura etária da população provocaram profundas modificações nos padrões de saúde e doença, explicando a origem da Transição Epidemiológica. O panorama epidemiológico se modificou e ocorreu por meio da substituição progressiva das doenças infecciosas por doenças crônicas não transmissíveis (OMRAN, 1996). Por conseguinte, houve um deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e estabelecimento de um novo panorama em que a morbidade se tornou dominante (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis prevalentes nesse novo panorama epidemiológico, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Trata-se de uma doença neurológica frequente entre adultos e idosos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo (LOZANO et al., 2012; MURRAY et al., 2015). Entre os anos de 1990 e 2010, no cenário mundial, houve aumento de 68% no número absoluto de pessoas que sofreram o primeiro AVC e de 84% no número de pessoas que sobreviveram à doença. Se esta tendência persistir, no ano de 2030 o mundo terá 70 milhões de sobreviventes do AVC (FEIGIN et al., 2014). No Brasil, foram registradas 180.606 internações por doenças cerebrovasculares em 2015, sendo uma das principais causas entre os idosos (DATASUS, 2015).

O AVC pode causar incapacidades de ordem motora, cognitiva e/ou comportamental, o que traz mudanças inesperadas e de grande magnitude para a vida dos sobreviventes. Após o AVC, eles vivenciam uma série de novos desafios, tais como: adaptação às mudanças corporais, conflito de identidade, perda de papéis desempenhados na sociedade, busca de novas estratégias para realização das atividades da vida diária (AVDs), dependência funcional parcial ou total e elaboração de novas rotinas (EILERTSEN; KIRKEVOLD; BJØRK, 2010; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2015).

Abandonar a vida anterior ao AVC e construir uma nova vida aceitável e satisfatória demandam muita energia e tempo dos sobreviventes (PRICE et al., 2012). Segundo a Teoria Transacional do Estresse e Enfrentamento, quando o indivíduo avalia que a situação requer recursos excedentes e representa uma ameaça ao seu bem-estar, o estresse é experimentado (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). À luz dessa teoria, os sobreviventes podem avaliar que os desafios decorrentes do AVC exigem recursos além dos que eles têm disponíveis e ameaçam seu bem-estar. Por conseguinte, eles apresentam grande chance de vivenciarem essa experiência como estressante.

O estresse psicológico pode ser prejudicial para a vida dos sobreviventes do AVC. Quando persiste por um longo período, pode causar alterações do comportamento emocional, da função social, dos processos intelectuais, das crenças espirituais, gerar sofrimento, tornar a comunicação menos efetiva e contribuir para o desenvolvimento de novas doenças (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Apesar do grande impacto que pode causar, poucos estudos foram conduzidos com o objetivo de investigar o estresse psicológico dos sobreviventes do AVC

(OSTWALD et al., 2009; OSTWALD; SWANK; KHAN, 2008; SANTOS et al., 2015). Ostwald, Swank e Khan (2008) e Santos et al. (2015), em estudos de delineamento transversal, observaram que os sobreviventes do AVC apresentaram elevados níveis de estresse após a alta para casa.

A fim de contribuir para a compressão da trajetória do estresse, Ostwald et al. (2009) realizaram um estudo longitudinal e evidenciaram que o estresse psicológico dos sobreviventes do AVC reduziu no decorrer do primeiro ano após a alta para casa. Os estudos supracitados também buscaram identificar os preditores do estresse psicológico nos sobreviventes do AVC. Diante da impossibilidade de detectar a direção causa-efeito das associações, os estudos transversais de Ostwald, Swank e Khan (2008) e Santos et al. (2015) apenas constataram que elevado nível de estresse estava associado à pior funcionalidade e ao maior número de sintomas depressivos nos sobreviventes do AVC após a alta para casa. No estudo longitudinal de Ostwald et al. (2009), a funcionalidade foi confirmada como preditor do estresse psicológico, além das variáveis “percepção de recuperação do AVC” e “relação com o cuidador”. Sobreviventes com maior funcionalidade, percepção de maior recuperação do AVC, com boa relação com o cuidador, imediatamente após a alta, apresentaram menor nível de estresse doze meses após a alta para casa (OSTWALD et al., 2009).

Apesar de Ostwald et al. (2009) terem estudado sobre a trajetória e os preditores do estresse psicológico nos sobreviventes do AVC, seus achados se limitam apenas àqueles sobreviventes que receberam alta do centro de reabilitação com regime de internamento, denominado de *inpatient rehabilitation facilities*. Nos Estados Unidos da América (EUA), país onde foi realizado o estudo, todos os sobreviventes são submetidos à avaliação formal quanto à necessidade de reabilitação antes da alta da Unidade de AVC. Após a alta dessa unidade, caso precisem de cuidados intensivos de reabilitação, são encaminhados, de imediato, para esses centros de reabilitação (WINSTEIN et al., 2016).

No Brasil, independente do estado funcional do sobrevivente, os cenários de transição são o serviço de emergência, unidade de AVC ou enfermaria, onde ocorre o tratamento agudo do AVC, e a casa do sobrevivente. Estudos qualitativos evidenciaram que sobreviventes do AVC que participam, precocemente, da reabilitação sentem-se apoiados (ELLIS-HILL et al., 2009), apresentam a transição do hospital para casa menos crítica (RITTMAN et al., 2004) e melhor

enfrentamento diante da doença e de suas limitações (CARLSSON; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2009).

Vale ressaltar também que a amostra do estudo de Ostwald et al. (2009) foi constituída por adultos e idosos. Há uma suposição de que o AVC é vivenciado de forma diferente pelas pessoas idosas. Alguns autores postulam que o AVC não é considerado como uma grande crise pelos idosos, mas como um componente normal do envelhecimento (FAIRCLOTH et al.; 2004; NASR et al., 2016). Tais fatores podem impactar diretamente na trajetória e preditores do estresse psicológico desses sobreviventes.

Diante dos pontos aqui levantados, fez-se necessário analisar a trajetória e identificar os preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta para casa. Em vista disso, as questões norteadoras deste estudo foram: Qual é a trajetória do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC durante os primeiros seis meses após a alta hospitalar para casa? Quais são os preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta hospitalar para casa? Ao compreender a trajetória e identificar os preditores do estresse psicológico dos idosos sobreviventes do AVC, os profissionais de saúde poderão desenvolver e planejar intervenções de preparo para a alta hospitalar e de acompanhamento domiciliar, a fim de reduzir o estresse psicológico, promover a recuperação e reintegração à comunidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi, por muito tempo, classicamente definido por uma doença neurológica aguda, causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, devido à obstrução de uma artéria cerebral ou à ruptura de vasos sanguíneos cerebrais, com ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais do cérebro (WHO, 1978). Apesar do seu grande impacto global, até 2013, o AVC não era definido de forma consistente na prática clínica, na pesquisa e nas avaliações de saúde pública. Diante disso, a *American Heart Association* e a *American Stroke Association* reuniram um grupo de pesquisadores para elaborar um documento de consenso para definição atualizada do AVC para o século XXI. De acordo com esse consenso, o termo “AVC” deve ser amplamente utilizado para incluir todas as definições a seguir (SACCO et al., 2013):

- Infarto do Sistema Nervoso Central (SNC): é a morte de células no cérebro, medula espinhal ou retina atribuída à isquemia, baseado em: (1) exame patológico, de imagem ou outra evidência objetiva de lesão isquêmica focal em uma distribuição vascular definida no cérebro, medula espinhal ou retina; (2) evidência clínica de lesão isquêmica focal no cérebro, medula espinhal ou retina com sintomas persistentes ≥ 24 horas ou até a morte, e excluídas outras etiologias.
- AVC isquêmico: um episódio de disfunção neurológica causada por infarto focal no cérebro, medula espinhal ou retina.
- Infarto silencioso do SNC: evidências de imagem ou neuropatológicas de infarto do SNC, sem história de disfunção neurológica aguda atribuível à lesão.
- Hemorragia intracerebral: uma coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou do sistema ventricular que não é causado por trauma.
- AVC causado por hemorragia intracerebral: desenvolvimento rápido de sinais clínicos de disfunção neurológica atribuível a uma coleção de sangue dentro do parênquima cerebral ou do sistema ventricular que não é causado por trauma.
- Hemorragia cerebral silenciosa: uma coleção de produtos de sangue focal

crônica dentro do parênquima cerebral, espaço subaracnoide ou sistema ventricular no exame de neuroimagem ou neuropatológico que não é causada por trauma e sem história de disfunção neurológica aguda atribuível à lesão.

- Hemorragia subaracnoide: hemorragia no espaço subaracnoide (espaço entre a membrana aracnoide e a pia-máter do cérebro ou medula espinhal).
- AVC causado por hemorragia subaracnoide: desenvolvimento rápido de sinais de disfunção neurológica ou dor de cabeça causado por sangramento no espaço subaracnoide (espaço entre a membrana aracnoide e a pia-máter do cérebro ou medula espinhal) que não é causado por trauma.
- AVC causado por trombose venosa central: infarto ou hemorragia no cérebro, medula espinhal ou retina devido à trombose de uma estrutura venosa cerebral. Os sinais ou sintomas causados por edema reversível sem infarto ou hemorragia não se qualificam como AVC.
- AVC, não especificado de outra forma: um episódio de disfunção neurológica aguda presumivelmente causada por isquemia ou hemorragia, persistindo $\geq$ 24 horas ou até a morte, mas sem evidências suficientes para ser classificado como uma das opções acima.

De acordo com os distúrbios da circulação sanguínea cerebral, o AVC pode ser classificado em dois grandes subgrupos: isquêmico ou hemorrágico. O AVC isquêmico é causado por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro devido à obstrução de uma artéria cerebral; já o AVC hemorrágico é decorrente da ruptura espontânea de vasos sanguíneos cerebrais com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e para o espaço subaracnoide (hemorragia subaracnoidea). Aproximadamente, 80% de todos AVCs são isquêmicos, 10-15% hemorrágicos e 5% hemorragia subaracnoidea (SUDLOW; WARLOW, 1997).

Tradicionalmente, o AVC sempre foi considerado uma doença de pessoas idosas, uma vez que a prevalência e a incidência dessa doença aumentam progressivamente com o avançar da idade. Entre os anos de 1990 e 2010 ocorreu, mundialmente, o crescimento considerável do número de sobreviventes do AVC acima de 75 anos. A média de idade das pessoas com AVC no mundo, em 2010, foi de 69,8 anos. Concomitantemente, dados do *Global Burden Disease Study* 2010 também indicaram que a proporção de jovens (< 20 anos), adultos jovens e de meia idade (20 – 64 anos) que sofreram AVC aumentou de forma significativa,

principalmente nos países de baixa e média renda, entre os anos de 1990 e 2010 (FEIGIN et al., 2014).

No cenário mundial, o AVC é a segunda causa de morte (LOZANO et al., 2012) e a terceira causa mais comum de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MURRAY et al., 2015). Estima-se que, em 2010, 16,9 milhões de pessoas sofreram o primeiro AVC, 33 milhões sobreviveram e 5,9 milhões morreram devido à doença (FEINGIN et al., 2014). Entre os anos de 1990 e 2010, houve, mundialmente, o aumento significativo da sobrecarga do AVC, em termos de número absoluto de eventos, sobreviventes, mortes relacionadas e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (FEIGIN et al., 2014).

Nos países de alta renda, como Estados Unidos e países da Europa Ocidental, a incidência, a taxa de mortalidade e os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade decorrentes do AVC têm diminuído nas últimas duas décadas devido ao investimento em prevenção e tratamento do AVC (por exemplo: cessação do tabagismo, controle da hipertensão arterial, unidades de AVC agudo) (FEIGIN et al., 2014). Por conseguinte, a maior sobrecarga do AVC, no cenário mundial, advém de países de baixa e média renda, onde a incidência de ambos os tipos de AVC (isquêmico e hemorrágico) aumentou significativamente (KRISHNAMURTHI et al., 2013). Prevê-se que, até 2050, 80% dos casos de AVC ocorrerão nos países de baixa e média renda (WHO, 2005).

No Brasil, apesar de a taxa de mortalidade ter diminuído em todo país (LOTUFO et al., 2013), o AVC ainda é uma das principais causa de morte (DATASUS, 2014). As tendências atuais da incidência do AVC no país ainda são desconhecidas. Em um estudo recente de base populacional, realizado em Joinville, no sul do país, foi evidenciada redução de 37% da incidência do primeiro AVC entre os anos de 2005 e 2013 (CABRAL et al., 2016). Entretanto, é questionável se esses dados podem ser extrapolados para as outras regiões do país, já que existe uma discrepância entre as regiões e, até mesmo, entre as cidades de uma mesma região, quanto à distribuição e ao acesso a serviços de atenção primária, medicamentos e equipamentos para prevenção do AVC (ANDRADE et al., 2013; CAMBOTA; ROCHA, 2015; KATREIN et al., 2015; VIANA; ANDRADE, 2015). Devido ao envelhecimento populacional, à redução da letalidade do AVC e à transição epidemiológica, poderá ocorrer o aumento do número de sobreviventes e dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade durante os próximos anos no Brasil

(FEIGIN et al., 2014).

Dado que o AVC pode resultar em morte ou em incapacidades devastadoras, é de suma importância a sua prevenção. Muitos fatores de risco podem ser tratados ou modificados; outros não. A idade, sexo, raça, etnia e hereditariedade são descritos como fatores de risco não modificáveis; já a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, doenças cardíacas (por exemplo, fibrilação atrial), sedentarismo, hiperlipidemia como fatores de risco modificáveis (SACCO et al., 1997). Os fatores de risco modificáveis para o AVC são os mesmos para os grupos etários mais jovens e mais velhos. Entretanto, a prevalência desses fatores de risco não é a mesma entre esses grupos. A hipertensão arterial, doença cardíaca (incluindo fibrilação atrial) e diabetes mellitus são os fatores de risco mais comuns entre os idosos (SMAJLOVIĆ et al., 2013; WOLF; ABBOTT; KANNEL, 1991). Já no grupo etário mais jovem, são mais comuns: a dislipidemia, o tabagismo e a hipertensão arterial (PUTAALA et al., 2009; PUTAALA et al., 2012).

O AVC é uma emergência médica e as suas manifestações clínicas, em geral, têm início súbito e incluem fraqueza muscular e alteração de sensibilidade de um lado do corpo, falta de coordenação motora, dificuldade para falar ou compreender, déficit visual, cefaleia intensa, entre outros (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2013). A agilidade e a qualidade do atendimento (NINDS, 1995; VAHEDI et al., 2007), o tamanho da lesão, a localização e quantidade de fluxo colateral determinarão o comprometimento neurológico resultante do AVC (OSTFELD, 1980). Algumas escalas podem ser utilizadas para mensurar o déficit neurológico decorrente do AVC.

A escala do AVC do *National Institute of Health* (NIHSS, do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*) permite quantificar a gravidade e magnitude do déficit neurológico após AVC. A pontuação dessa escala varia de 0 a 42 pontos (CINCURA et al., 2009). De acordo com o NIHSS, o AVC pode ser classificado em leve (< 4), moderado (≥ 4 e ≤ 15) e grave (> 15) (FISCHER et al., 2010; FRANKEL et al., 2000). Uma pontuação superior a 16 no NIHSS prevê uma alta probabilidade de morte ou incapacidade; já NIHSS ≥ 6 , uma boa recuperação (FRANKEL et al., 2000).

Dentre os possíveis déficits neurológicos decorrentes do AVC, o déficit motor é o mais comum e pode ser considerado como perda ou limitação do controle da função muscular ou limitação da mobilidade (WADE, 1992). Cerca de 70% a 80% dos sobreviventes apresentam algum déficit motor após o AVC (HENDRICKS et al.,

2002), representado, em geral, pelo comprometimento do movimento da face, do braço e da perna de um lado corpo (WARLOW et al., 2008). O déficit cognitivo também é frequente, sendo sua prevalência de 46% a 50% entre os sobreviventes do AVC (KELLY-HAYES, 2003). Os déficits cognitivos que comprometem as funções da atenção, memória e executivas podem ser incapacitantes (DUNCAN et al., 2005) e interferir diretamente na capacidade de planejar e desenvolver objetivos na vida, restringindo o senso de propósito e significado (CLARKE et al., 2003). Também podem ocorrer déficits sensoriais, alterações comportamentais, da fala, da linguagem e da deglutição (TEASELL; HUSSEIN, 2013).

A depender da gravidade dos déficits neurológicos decorrentes do AVC, o sobrevivente pode apresentar comprometimento da funcionalidade, que se refere à capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs), tais como: alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, deambular, comunicar-se, resolver problemas do dia a dia, entre outras atividades. Revisões sistemáticas evidenciaram que o déficit neurológico, na fase inicial do AVC, está fortemente associado ao desfecho da funcionalidade para realização das AVDs três meses após AVC. Sobreviventes com maior comprometimento neurológico apresentam pior desfecho funcional (KWAKKEL; KOLLEN, 2013; VEERBEEK et al., 2011).

Há fortes evidências de que, além do déficit neurológico, a idade também apresenta associação com o desfecho do estado funcional dos sobreviventes do AVC (KWAKKEL; KOLLEN, 2013; VEERBEEK et al., 2011). Diversos estudos verificaram que pessoas idosas apresentam pior funcionalidade após o AVC quando comparadas a pessoas mais jovens (KELLY-HAYES et al., 2003; KWAKKEL; KOLLEN, 2013; NAKAYAMA et al., 1994; VEERBEEK et al., 2011). Contudo, é difícil distinguir se é a idade por si só ou os fatores relacionados à idade que apresentam uma influência negativa no desfecho funcional dos idosos após o AVC. Por conseguinte, a maior incapacidade funcional evidenciada nos idosos após o AVC pode ser decorrente da soma de diversos fatores relacionados à idade, como menor reserva biológica, fragilidade, comorbidades e menor capacidade compensatória (PAOLUCCI et al., 2003).

A recuperação após o AVC é bastante heterogênea e estima-se que, no mundo, 25% a 74% dos sobreviventes necessitam de alguma assistência ou são totalmente dependentes para realização das AVDs (MILLER et al., 2010). Um mês após o AVC, 43% dos sobreviventes necessitam de assistência para realização das

atividades da vida diária. Ao considerar a gravidade do AVC, a prevalência de assistência requerida, no primeiro mês após o evento, é de 26% entre os sobreviventes com AVC leve e 96% com AVC grave (LUENGO-FERNANDEZ et al., 2013). Durante os primeiros cinco anos após o AVC, ocorre, anualmente, o declínio do estado funcional dos sobreviventes (DHAMMOON et al., 2009).

Além do comprometimento da funcionalidade, o AVC também pode causar dificuldade de reintegração social, restrição na participação das atividades sociais (HOMMEL et al., 2009), redução da qualidade de vida (CAROD-ARTAL; EGIDO, 2009; PAREDES et al., 2016) e da satisfação com a vida (BOOSMAN et al., 2011). Os sobreviventes do AVC apresentam menor qualidade de vida (PAREDES et al., 2016) e são menos propensos a sair para se divertir, visitar a família e participar de serviços religiosos quando comparados à população com as mesmas características sociodemográficas (SKOLARUS et al., 2014). Diante disso, o AVC pode gerar grande impacto negativo na dinâmica de vida dos seus sobreviventes (RITTMAN et al., 2004; SALTER et al., 2008).

2.2 ESTRESSE PSICOLÓGICO

As discussões a respeito da conceituação da palavra “estresse” permearam vários séculos. Tal como acontece com muitas palavras, a utilização do termo “estresse” antecedeu a sua sistemática e uso científico (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). No início do século XIV, foi utilizado para significar dificuldades, angústia, adversidade ou aflição (LUMSDEN, 1981). Somente a partir do início do século XIX, a palavra “estresse” foi utilizada de forma sistemática. A princípio, a ênfase dos estudos era no seu aspecto biológico e fisiológico. Posteriormente, houve a difusão do interesse do estudo sobre o estresse para a psicologia (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Claude Bernard, em 1867, foi um dos primeiros fisiologistas a reconhecer as consequências potenciais do estresse no organismo. Ele propôs que as mudanças no meio interno e externo causavam desordem no funcionamento do organismo. Já Walter Cannon, em 1932, introduziu o conceito de “homeostasia” para descrever como um organismo responde ao estresse e quais mecanismos específicos são utilizados para se adaptar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Ainda sob o aspecto fisiológico do estresse, Hans Selye, em 1936, utilizou o termo “estresse” para

significar o conjunto de defesa do corpo contra qualquer estímulo nocivo. Ele denominou essa reação de defesa de “síndrome geral de adaptação”. Para Selye (1976), o estresse não é uma demanda do ambiente, mas um conjunto de reações e processos fisiológicos criados por uma demanda. Ele também introduziu o conceito de estressores, ou seja, aqueles estímulos internos e externos que causam estresse (SELYE, 1976). Harold G. Wolff, em 1953, também contribuiu para a evolução do conhecimento do estresse. Em seus estudos, aborda a relação entre a vida estressante e o desenvolvimento de doenças e ainda enfatiza o “estado dinâmico” do estresse, abordando a adaptação à demanda (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Em 1955, um convite realizado por Selye à Associação Americana de Psicologia ajudou a difundir o interesse do estudo sobre estresse da fisiologia para a psicologia e para outras ciências do comportamento. Inúmeros estudos sobre o estresse foram realizados sob o aspecto fisiológico e biológico e apresentaram grandes contribuições na formação do conceito de estresse psicológico. Para a Medicina e Biologia, o estresse é considerado como um processo ativo e dinâmico em que o corpo luta para restabelecer o equilíbrio, havendo interação e feedback entre o organismo e o ambiente. Os processos biológicos e fisiológicos do estresse ofereceram uma analogia importante ao seu aspecto psicológico (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Para compreender o conceito de estresse psicológico, é necessário levar em consideração três definições clássicas: estímulo, resposta e definição relacional. O estímulo estressor é comumente pensado como um evento que incide sobre uma pessoa, podendo ser externo ou interno. Os internos originam-se no interior do indivíduo, como febre e fome. Os externos originam-se fora de um indivíduo, como uma mudança no papel familiar ou rejeição dos colegas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Segundo Lazarus e Cohen (1977), os tipos de eventos ambientais mais citados como estímulos estressores são: grandes mudanças; mudanças importantes que afetam uma ou algumas pessoas e aborrecimentos diários. Nas grandes mudanças estão incluídos os desastres naturais e catástrofes artificiais, como a guerra. Esses eventos são universalmente considerados como estressantes e fora do controle. Podem ser de longa duração (por exemplo, guerra) ou ocorrer de forma mais rápida (terremotos, furacões), embora as consequências físicas e psicológicas, até mesmo de um breve desastre, podem se estender por um longo período. No que

concerne às mudanças importantes, elas podem ocorrer a uma ou a algumas pessoas, sendo que esses eventos estão fora do controle individual, como uma doença incapacitante ou a morte de um ente querido. Já os aborrecimentos diários referem-se a experiências estressantes que surgem a partir dos papéis das nossas vidas, como uma discussão com o cônjuge (LAZARUS; COHEN, 1977).

A segunda definição importante para compreender a conceituação de estresse psicológico é a definição de resposta. Foi amplamente utilizada na Biologia e na Medicina para elaborar o conceito de estresse. Ao definir o estresse pela resposta não é possível identificar, de forma sistemática, o que vai ser ou não um fator estressor, uma vez que será necessário aguardar a reação para classificar um estímulo como estressor. Dessa forma, nem a resposta e nem o estímulo separadamente definem o estresse. Assim, o que existe, de fato, é uma relação entre estímulo e resposta, sofrendo influência de outras variáveis que definem um evento como estressante. Dentro dessa perspectiva, surge a definição relacional do estresse. Os padrões de resposta, a potência e o sentido dado ao estímulo estressante passam a ser considerados, uma vez que essas variáveis serão influenciadas pelas características individuais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A avaliação que o indivíduo faz a respeito do evento ou do estímulo estressor e da sua capacidade de enfrentamento influencia a sua reação ao estresse tanto em situações agudas como crônicas. Dessa forma, um determinado agente ou estímulo pode ser estressante para um indivíduo e não necessariamente para outro, ou a magnitude do seu impacto pode ser maior ou menor de acordo com a avaliação que o indivíduo faz da situação em questão. Em vista dessa nova abordagem, surge também a íntima relação e interação entre o indivíduo e o ambiente. Fatores ambientais e individuais interagem entre si e geram o estresse e seus resultados (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A partir das características de duas vertentes, o indivíduo de um lado e a natureza do evento ambiental do outro, a Teoria Transacional do Estresse e Enfretamento de Lazarus e Folkman (1984) define o estresse psicológico como uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, em que determinada situação é avaliada pelo indivíduo como requerendo recursos de enfrentamento excedentes e ameaçando seu bem-estar. Essa avaliação consiste em um processo que define porque e em que medida certa relação entre o indivíduo e o ambiente que o circunda é estressante. Nesta relação, não é a qualidade do evento que o classificará como

estressor, mas sim a maneira como é percebido e o interpretado pelo indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O processo de avaliação sobre a situação e os recursos disponíveis para manejar a situação estressora é denominado de avaliação cognitiva, sendo constituída por duas etapas interdependentes: a primária e a secundária. A avaliação primária consiste no julgamento sobre como o indivíduo percebe determinada situação que incide sobre ele. Especificamente, ele avalia as possíveis repercussões das demandas e os recursos do bem-estar. Se as demandas de uma situação superam os recursos disponíveis, o indivíduo pode determinar que a situação represente potencial de dano ou perda (ameaça), ou que o dano real já ocorreu ou, ainda, que a situação tem potencial para algum ganho ou benefício (desafio). A percepção de ameaça é considerada uma avaliação estressante. A experiência de dano real dá origem a percepções de ameaças, pois o indivíduo se pergunta o que o dano trará para ele no futuro próximo e distante. Por conseguinte, também é considerada uma avaliação estressante. Já a percepção de desafio na ausência de potencial dano não é considerada uma avaliação estressante (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A avaliação secundária refere-se à análise das opções de enfrentamento e comportamentos que estão disponíveis para lidar com aquela situação estressante. Muitas vezes, as avaliações primária e secundária ocorrem simultaneamente e interagem entre si. Ainda há um terceiro tipo de avaliação: a reavaliação. Trata-se do processo contínuo de avaliar, alterar e reclassificar as avaliações primárias e secundárias anteriores à medida que a situação evolui (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O processo de avaliação desempenha importante papel na determinação das estratégias de enfrentamento a serem adotadas pelo indivíduo. O enfrentamento é definido como constante mudança de esforços cognitivos e comportamentais para gerir demandas específicas internas ou externas que são avaliadas como excedendo os recursos disponíveis do indivíduo. O objetivo primordial do enfrentamento é reduzir, minimizar ou tolerar o estresse, contudo, isso não significa necessariamente primazia. O enfrentamento torna-se efetivo quando há uma redução da percepção de ameaça e/ou alívio ou gerenciamento confortável das emoções decorrentes do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Existem diversos métodos para medir o estresse psicológico. Pode-se

mensurá-lo por meio da presença de fatores estressores específicos, pela ocorrência de sintomas físicos e psicológicos do estresse, pela percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores, entre outras maneiras (COHEN; WILLIAMSON, 1988). Os inventários de fatores estressores possibilitam medir objetivamente situações estressantes ao solicitar que o indivíduo indique se algum evento específico listado no inventário ocorreu durante certo período de tempo. Esse método tem sido criticado por não levar em consideração a avaliação do indivíduo para determinar se o evento listado no inventário é estressante ou não para ele (LAZARUS; DELONGIS, 1983). Já as medidas de dificuldades (inventário ou escala de estresse percebido) são mais propensas a captar as variações individuais da percepção do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), por exemplo, a Escala de Estresse Percebido – 10 itens (EEP-10) (LUFT et al., 2007).

Diversos fatores podem influenciar o nível de estresse reportado por uma pessoa. Estudos indicam que fatores sociodemográficos como: sexo, escolaridade, renda e idade estão associados ao estresse psicológico (ANDREOU et al., 2011; BAK et al., 2012; COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988; NIELSEN et al., 2008). Há evidências de que mulheres (ANDREOU et al., 2011; COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988), pessoas com baixo nível de escolaridade e renda (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988; TRIGO et al. 2010) apresentam níveis mais elevados de estresse quando comparados aos seus pares. As mulheres, além de reportarem mais estresse, percebem os eventos estressores como mais negativos do que os homens (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; OSMANOVIC-THUNSTRÖM et al., 2015). Já as pessoas com menor status socioeconômico (renda e escolaridade) apresentam maior nível estresse devido à menor disponibilidade de recursos de enfrentamento diante dos estressores (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; ADLER et al., 1994).

A respeito da idade, ainda não foi elucidado seu efeito sobre o estresse psicológico. Pesquisadores tentam compreender se a dinâmica do estresse muda ao longo da vida e com o processo de envelhecimento. O envelhecimento acarreta numerosas alterações evolutivas que se manifestam em vários domínios do funcionamento biológico, psicológico e social. Parte delas traduz-se em declínio. À vista dessa premissa, o envelhecimento por si só poderia ser considerado como

estressor. Todavia, não há evidências de que o estresse é uma consequência inevitável do envelhecimento e tampouco de que os idosos são expostos ao número maior de eventos estressores do que os jovens e adultos de meia-idade.

Alguns estudos mostraram redução do estresse com o avançar da idade (COHEN; JANICK-DEVERTS, 2012; HUGHES et al., 2005; STONE et al., 2010); já outros, o aumento do estresse com idade (EZZATI et al, 2014;. ZHANG et al., 2014; OSMANOVIC-THUNSTROM et al., 2015); ainda há aqueles que não evidenciaram diferenças entre jovens e idosos quanto ao nível de estresse (DIEHL; HAY, 2010; SCOTT; JACKSON; BERGEMAN, 2011). Em consequência dos diferentes métodos utilizados pelos estudos, os resultados obtidos sobre essa temática ainda são controversos e inconsistentes. O que pode ocorrer, ao longo do curso da vida, é a mudança da natureza e da qualidade dos eventos estressores com a idade. Na fase adulta, os eventos estressores estão relacionados ao casamento, divórcio, ter um bebê, trabalho, finanças e gerenciamento da casa; já na velhice referem-se à aposentadoria, comorbidades, declínio do funcionamento físico, perda de amigos e cônjuges (ALDWIN et al., 1996; OSMANOVIC-THUNSTRÖM et al., 2015; PEARLIN; SCAFF, 1996).

2.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E ESTRESSE PSICOLÓGICO

O AVC é uma doença com início súbito que pode afetar o funcionamento físico, cognitivo e comportamental de uma pessoa (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2015). A sua ocorrência pode ocasionar inúmeras transformações na vida do sobrevivente, tais como: a impossibilidade de realizar as atividades da vida diária como antes, a mudança brusca da rotina, o conflito de identidade, a perda de antigos papéis desempenhados na sociedade e a redução do poder de decisão (FALLAHPOUR et al., 2013, SALTER et al., 2008; SARRE et al., 2014; SIMONE et al, 2015). De acordo com a Teoria Transacional do Estresse e Enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), quando o indivíduo avalia que a situação demanda recursos excedentes e ameaça seu bem-estar, o estresse é experimentado. Sob essa perspectiva, o AVC pode requerer dos sobreviventes recursos além do que eles têm disponíveis para se adaptar à nova situação e representar uma ameaça à trajetória da vida anterior ao evento. Dessa forma, há grande chance de os sobreviventes vivenciarem esse novo cenário como estressante.

A ocorrência de uma doença crônica, tal como o AVC, causa ruptura biográfica, ou seja, uma interrupção e descontinuidade na identidade e na vida dos sobreviventes. O período de transição é marcado por caos, estresse e exige adaptação e acomodação (BURY, 1982). O ajuste para viver com uma doença crônica demanda reordenação temporal da vida diária e reintegração com a identidade. A experiência do tempo é reconhecida como grande recurso da transição e processo de ajuste/adaptação (BURY, 1982). A trajetória do AVC é descrita, em estudos qualitativos, inicialmente, como um grande choque e, a seguir, instaura-se o período de adaptação e reconciliação (HILTON, 2002; RITTMAN et al., 2004; RITTMAN et al., 2007; ROCHETTE et al., 2006; SALTER et al., 2008; SATINK et al., 2013; SARRE et al., 2014; WOTTRICH; ASTRÖM; LÖFGREN, 2012).

Baseado no conceito de ruptura biográfica (BURY, 1982) e na Teoria Transacional do Estresse e Enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), supõe-se que os sobreviventes do AVC experimentam elevados níveis de estresse no início da recuperação e, ao longo do tempo e à medida que reavaliam a situação inicial e adotam estratégias de enfrentamento, ocorre a redução do estresse psicológico. Alguns estudos sobre o estresse psicológico nos sobreviventes do AVC ratificam essa premissa (OSTWALD et al., 2009; OSTWALD; SWANK; KHAN, 2008; SANTOS et al., 2015).

Ostwald, Swank e Khan (2008), em um estudo transversal sobre o estresse percebido nos sobreviventes do AVC imediatamente após a alta para casa, evidenciaram, por meio da Escala de Estresse Percebido – 10 itens (EEP-10), elevados níveis de estresse na amostra nesse período. Os sobreviventes desse estudo apresentaram um escore médio de 14,33 na EEP-10. Similarmente, num estudo realizado no Brasil, a média do escore da EEP-10 foi de 14,04 nos sobreviventes do AVC duas semanas após a alta para casa, constatando também o elevado nível de estresse nessa fase da recuperação (SANTOS et al., 2015). A fim de complementar a investigação sobre o estresse psicológico e compreender a sua trajetória após o AVC, Ostwald et al. (2009) conduziram um estudo longitudinal com sobreviventes do AVC durante o primeiro ano em casa (n=159). Nesse estudo, foi observado que o nível de estresse, mensurado pela EEP-10, diminuiu no decorrer do primeiro ano. Os escores da EEP-10 apresentaram uma queda de quase dois pontos, passando de uma média de 12,27 (DP = 7,46) na primeira avaliação para uma média de 10,47 (DP = 7,30) doze meses após a alta (OSTWALD et al., 2009).

Conforme reportado anteriormente, o processo de reavaliação da situação e adoção de estratégias de enfrentamento parece desempenhar papel substancial na redução do estresse dos sobreviventes no decorrer do tempo. Estudos qualitativos demonstram que os sobreviventes avaliam o AVC, inicialmente, como uma ameaça ao seu bem-estar e sentem-se frustrados, culpados e impotentes diante do novo cenário (CH'NG; FRENCH; MCLEAN, 2008; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2016; NASR et al., 2016; RITTMAN et al., 2007; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Essa avaliação primária é baseada na incerteza e confusão por não saber lidar com as sequelas, nas repercussões delas sobre a realização das atividades da vida diária, a identidade, as relações com outras pessoas e os papéis sociais (NASR et al., 2016; SATINK et al., 2013). Entretanto, à medida que o tempo passa, os sobreviventes percebem que as sequelas não desaparecerão tão facilmente e iniciam o processo de reavaliação do impacto da doença. Nesse momento, eles ajustam suas expectativas e fazem adaptações a fim de alcançar uma vida normal de acordo com sua nova situação (KIRKEVOLD, 2002; ROCHETTE et al., 2006; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010; SATINK et al., 2013). Diante disso, ocorre o restabelecimento existencial de si mesmo, a reorganização e a reconciliação na vida dos sobreviventes (HILTON, 2002) e seu cotidiano torna-se mais previsível e menos estressante (FRASER, 1999).

Outros fatores também podem contribuir para o aumento ou a redução do estresse psicológico dos sobreviventes do AVC. Poucos estudos foram conduzidos com o objetivo de identificar os preditores do estresse nos sobreviventes do AVC após a alta para casa (OSTWALD et al., 2009; OSTWALD; SWANK; KHAN, 2008; SANTOS et al., 2015). Ostwald, Swank e Khan (2008), em um estudo transversal sobre os preditores do estresse percebido nos sobreviventes do AVC imediatamente após a alta para casa, evidenciaram que maior nível de estresse percebido estava relacionado à pior funcionalidade, mais sintomas depressivos e emoções negativas, memória comprometida e maior dificuldade para se comunicar com os outros. Entretanto, ao realizar a regressão linear, apenas a funcionalidade, a depressão e as emoções negativas apresentaram associação com o nível de estresse.

Santos et al. (2015), ao conduzirem um estudo transversal no Brasil, também encontraram que o elevado nível de estresse estava associado à pior funcionalidade e ao maior número de sintomas depressivos nos sobreviventes do AVC duas semanas após a alta hospitalar para casa. Apesar da grande contribuição desses

estudos para a elucidação dos possíveis fatores associados ao estresse psicológico após o AVC, eles apresentam a limitação de não conseguir identificar a direção causa-efeito das associações, já que se tratam de estudos transversais. A fim de preencher essa lacuna do conhecimento científico, Ostwald et al. (2009) realizaram um estudo longitudinal, no Texas, com sobreviventes do AVC durante o primeiro ano em casa (n=159). Nesse estudo, foi observado que a percepção de maior recuperação do AVC e maior funcionalidade, imediatamente após a alta, foram preditores de menor nível de estresse doze meses após a alta. Além disso, os sobreviventes que perceberam que tinham uma forte relação positiva com seu cuidador referiram menos estresse.

Apesar de muitos estudos relatarem que o AVC gera crise, caos e estresse na vida dos seus sobreviventes (ELLIS-HILL et al., 2009; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2016; SALTER et al., 2008; WOTTRICH; ASTRÖM; LÖFGREN, 2012), há divergências sobre a representatividade dessa doença para população idosa. Alguns autores defendem que o AVC é considerado pelos idosos como um componente normal do envelhecimento (FAIRCLOTH et al.; 2004; NASR et al., 2016). Por conseguinte, o AVC constrói uma biografia que flui através do tempo e do espaço (FAIRCLOTH et al., 2004; NASR et al., 2016), ou seja, não há ocorrência de crise, estresse e ruptura da biografia. Em contrapartida, há outro grupo de pesquisadores que postula que o AVC pode gerar caos e estresse na vida dos idosos a depender do quanto a rotina e identidade sejam prejudicadas pela ocorrência da doença (CLARKE, 2003; CLARKE, BLACK, 2005; LOBECK; THOMPSON; SHANKLAND, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas, duas semanas, três e seis meses após a alta hospitalar para casa;
- Identificar as correlações entre o estresse psicológico e a funcionalidade, o déficit neurológico e a depressão nos idosos sobreviventes do AVC duas semanas, três e seis meses após a alta hospitalar;
- Identificar os fatores relacionados à trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC nos primeiros seis meses após a alta hospitalar;
- Identificar os preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta hospitalar.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo analítico, longitudinal, prospectivo de abordagem quantitativa.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido nas 31 regiões administrativas do Distrito Federal, no período de novembro de 2014 a maio de 2016.

Figura 1. Mapa do Distrito Federal com suas 31 regiões administrativas. Fonte: (<http://professormarcianodantas.blogspot.com.br/2015/04/o-distrito-federal.html>)

4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os idosos, de ambos os sexos, admitidos no setor de Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) com diagnóstico médico de AVC, no período de novembro de 2014 a novembro de 2015.

Critérios de inclusão

Os sujeitos que preencheram a todos os critérios de inclusão abaixo foram elegíveis para o estudo, a saber:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Possuir diagnóstico médico de AVC, confirmado por tomografia computadorizada;

O AVC foi descrito com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a seguir:

G46: Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares (G46.0- G46.8)

I61: Hemorragia intracerebral (I61-I61.9)

I62: Outras hemorragias intracranianas não traumáticas (I62.0 – I62.9)

I63: Infarto cerebral (I63.0- I63.9)

I64: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.

- Residir no Distrito Federal;
- Residir no domicílio;
- Ser capaz de se comunicar verbalmente;
- Apresentar escore no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de acordo com as notas de corte de Bruckiet al. (2003). O MEEM tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MC HUGH, 1975) (ANEXO C). O escore do MEEM pode variar de zero, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até o total máximo de trinta pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Bruckiet al. (2003) recomendam para população brasileira, de acordo com a escolaridade, os seguintes escores de corte: para analfabetos, 20; para indivíduos com 1 a 4 anos de estudo, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

Crítérios de Exclusão

Não foram incluídos no estudo os sujeitos que preencheram pelo menos um dos seguintes critérios:

- Possuir diagnóstico médico de Ataque Isquêmico Transitório;
- Sofrer novo AVC durante a realização do estudo;

- Possuir comorbidade neurológica (tumores cerebrais, traumatismo cranioencefálico, doença de Parkinson);

4.4 Processo de amostragem

A amostragem foi não probabilística e foram incluídos no estudo todos idosos sobreviventes do AVC admitidos no setor de Emergência do HBDF que preencheram os critérios supracitados no item anterior, no período de novembro de 2014 a novembro de 2015.

4.5 Amostra do estudo

No período de novembro de 2014 a novembro de 2015 foram atendidos 305 idosos com diagnóstico médico de AVC no setor de emergência do HBDF. Dentre esses, apenas 56 foram elegíveis para o estudo. Durante o seguimento, houve seis perdas decorrentes de recusa, óbito, declínio cognitivo e mudança de residência. Por conseguinte, a amostra final do estudo foi constituída por 50 idosos sobreviventes do AVC.

4.6 Variáveis do estudo

4.6.1 Variável resposta

Estresse psicológico

A variável resposta “Estresse Psicológico” foi derivada da Escala de Estresse Percebido – 10 itens (LUFT et al., 2007). O escore total da escala varia entre 0e 40. Pontuações mais elevadas sugerem maior nível de estresse. Não há nota de corte disponível na literatura para essa escala. Por conseguinte, a variável “Estresse Percebido” foi tratada como variável contínua.

4.6.2 Variáveis explicativas

- **Sexo:** foram considerados idosos de ambos os sexos;
- **Idade:** foi utilizada como variável contínua e categórica. Como variável categórica, houve classificação em seis faixas etárias: 60 a 64 anos, 65 a 69

anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais. Também foi criada outra variável categórica com dois grupos etários: idosos mais jovens (60 a 79 anos) e idosos mais velhos (80 anos e mais).

- **Estado civil:** esta variável foi classificada em quatro categorias: “solteiro”, “casado”, “divorciado” e “viúvo”. Posteriormente, foi reagrupada em duas categorias: “sem companheiro” e “com companheiro”.
- **Escolaridade:** a escolaridade foi definida segundo o número de anos completos de aprovação na escolaridade formal, sendo tratada como variável contínua e categórica. Como variável categórica, foi classificada em quatro categorias: “analfabeto”, “1 a 4 anos”, “5 a 8 anos”, “9e mais”.
- **Renda:** a renda do idoso, definida pelo valor recebido, salários mínimos (SM), no mês que antecedia a entrevista, foi tratada como variável contínua e categórica. Como variável categórica, foi classificada em: > 1 SM; 1SM – 2SM e > 2 SM.
- **Tem cuidador:** foi categorizada em “sim” e “não”.
- **Comorbidades:** foram registradas todas as comorbidades que constaram no prontuário médico do idoso. Essa variável foi tratada como contínua.
- **Tipo do AVC:** esta variável foi classificada em “AVC isquêmico” e “AVC hemorrágico”.
- **Primeiro episódio do AVC:** foi classificada em “sim” e “não”.
- **Tempo do AVC:** foi derivado do número de dias desde a ocorrência do AVC. Essa variável foi tratada como contínua.
- **Reabilitação:** referiu-se à participação em qualquer atividade com finalidade de reabilitação, independente de especialidade, frequência e tipo de serviço. Foi categorizada em “sim” e “não”.
- **Déficit Neurológico:** foi derivado da Escala de AVC do *National Institute of Health* (NIHSS, do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*) (CINCURA et al., 2009). O escore total dessa escala varia entre 0 e 42 pontos. Escores mais elevados sugerem maior comprometimento neurológico. A variável “déficit neurológico” foi classificada em três categorias: “leve” para NIHSS < 4, “moderado” para $4 \leq \text{NIHSS} \leq 15$ e “grave” para NIHSS > 15 (FISCHER et al., 2010; FRANKEL et al., 2000). Essa variável também foi tratada como contínua.

- **Funcionalidade:** foi derivada da Medida de Independência Funcional (MIF)(RIBERTO et al., 2001). Os escores totais variam de 18 a 126 pontos e pontuações mais elevadas sugerem maior nível de independência. No presente estudo, foi tratada como variável contínua.
- **Depressão:** foi derivada da Escala de Depressão Geriátrica -15 itens (EDG-15) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A pontuação da EDG-15 varia entre 0 e 15 e a nota de corte adotado foi de 5/6 (não caso/ caso) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Esta variável foi tratada de forma dicotômica: “sim” para os casos de depressão e “não” para os não casos de depressão. Essa variável também foi tratada como contínua.

4.7 Instrumento de coleta de dados

O instrumento foi constituído pelas seguintes seções:

- Roteiro estruturado

Elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) para contemplar os dados da caracterização sociodemográfica dos idosos: sexo (masculino e feminino); idade (em anos completos); estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo); renda do idoso (em salários mínimos); escolaridade (em anos de estudo formais); tem cuidador (sim, não) (ANEXO A).

- Condições clínicas

Constituída por itens que avaliam questões referentes ao tipo do AVC, tempo após o AVC, número de episódios do AVC e comorbidades. Nessa seção também foi investigada a participação em atividades de reabilitação (ANEXO B).

- Escala de Estresse Percebido (EEP)

Para identificar o estresse psicológico vivenciado pelo idoso após AVC foi aplicada a Escala de Estresse Percebido (EEP), desenvolvido por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), traduzido e validado para uma versão em português com boa confiabilidade (α de Cronbach= 0,83) (LUFT et al., 2007). A EEP é um escala geral

que pode ser utilizada em diversos grupos etários, visto que não contém questões específicas do contexto. Esse instrumento é amplamente utilizado para medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações ou eventos como estressantes. Os itens avaliam o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas, possuindo uma validade preditiva de 4-12 semanas.

Existem três versões para a referida escala: a versão com 14 itens, 10 itens e 4 itens. A versão da escala com 10 itens apresenta elevada consistência interna (0,78) e é recomendada para pesquisa (COHEN; WILLIAMSON, 1988). Diante disso, a versão com 10 itens foi adotada para realização do presente estudo (ANEXO F) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Cada item consiste em perguntas pontuadas de acordo com a frequência com que as situações ocorrem numa escala de cinco pontos, variando entre 0 (nunca) e 4 (sempre). Dos 10 itens, quatro foram elaborados na direção positiva, logo apresentaram escore reverso. Os escores totais podem variar de 0 a 40. Pontuações mais elevadas sugerem maior nível de estresse. Não há disponível, na literatura, nota de corte para essa escala.

- Escala de AVC do *National Institutes of Health*

A Escala de AVC da *National Institutes of Health* (NIHSS) é um instrumento de uso sistemático que permite avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados ao AVC (LYDEN et al., 2001). Essa escala já foi traduzida e validada no Brasil e mostrou coeficiente de correlação intraclasse de 0,902 (IC 95% = 0,84-0,94) (ANEXO D)(CINCURA et al., 2009).

A NIHSS é constituída por 11 itens que avaliam a função neurológica nos domínios: consciência, visão, movimentos extraoculares, paralisia facial, força muscular nos membros, ataxia, sensibilidade, fala e linguagem. O escore total varia entre 0 (sem déficit neurológico) e 42 pontos (maior déficit neurológico). De acordo com a pontuação da NIHSS, o AVC pode ser classificado em: leve (< 4), moderado (≥ 4 e ≤ 15) e grave (> 15) (FISCHER et al., 2010; FRANKEL et al., 2000).

- Medida de Independência Funcional (MIF)

Para avaliação do grau de independência funcional do idoso após o AVC foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF), desenvolvida por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia de Medicina Física e Reabilitação

e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, em 1980, já tendo sido traduzida e validada para uma versão em português por Riberto et al. (2001).

A MIF verifica o grau de assistência requerida na realização de tarefas motoras e cognitivas do dia a dia (ANEXO E). Esse instrumento é constituído por 18 itens, que avaliam as atividades motoras e cognitivas (duas subescalas), as quais estão distribuídas em autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item recebe uma pontuação de 1 a 7, sendo que: 1. corresponde à dependência total; 2. dependência máxima; 3. dependência moderada, 4. dependência mínima, 5. supervisão, 6. independência modificada (ajuda técnica) e 7. independência completa.

A pontuação da subescala motora varia entre 13 e 91 pontos; da subescala cognitiva, entre 5 e 35 pontos. O escore total varia de 18 (maior nível de dependência) a 126 pontos (maior nível de independência). Na versão brasileira, as subescalas da MIF tiveram boa correlação com teste / reteste (Pearson: 0,91-0,98; IC: 0,91-0,98) e entre dois observadores (Pearson: 0,87-0,98; IC: 0,87-0,98) (RIBERTO et al., 2001).

- Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) constitui o instrumento mais empregado para avaliar depressão em populações geriátricas, sendo usada em pesquisas e no contexto clínico (YESAVAGE et al., 1983).

A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão reduzida da escala original a partir dos itens que mais fortemente se correlacionam com o diagnóstico de depressão (ANEXO G). Esta escala foi traduzida e validada no Brasil com teste-reteste ($\rho = 0,86$, $p < 0,001$), coeficiente kappa de 0,64 e boa consistência interna (α de Cronbach = 0,81) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A EDG-15 é constituída por 15 itens, possuindo resposta dicotômica (sim ou não) para as perguntas (ANEXO G). A pontuação da escala varia entre 0 e 15 pontos e apresenta nota de corte 5/6 (não caso/ caso). Esse ponto de corte produziu índices de sensibilidade de 90,9% e de especificidade de 64,5% para diagnóstico de depressão maior de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

4.8 Procedimento de coleta de dados

- A fim de identificar os idosos elegíveis para o estudo, foi realizada consulta diária ao prontuário eletrônico do HBDF. Após a identificação dos idosos com diagnóstico médico de AVC, foram extraídos os seguintes dados do prontuário: nome completo, endereço, telefone e comorbidades;
- A pesquisadora entrou em contato, via telefone, com os idosos elegíveis. Neste momento, explicou os objetivos do estudo e verificou se eles concordavam em recebê-la em seus domicílios para realização da pesquisa;
- A coleta de dados foi mediante aplicação de entrevistas estruturadas, realizada por uma pesquisadora, treinada para aplicação dos instrumentos. Nas entrevistas, a pesquisadora estava identificada pelo crachá da Universidade de São Paulo (USP) e jaleco;
- As entrevistas foram realizadas em três momentos (T1, T2, T3), como mostra a figura 1. Nos momentos T2 e T3 foram reaplicadas apenas as seções do instrumento correspondente à: Escala de Estresse Percebido – 10 itens, Escala do AVC do NIH, Medida da Independência Funcional e Escala de Depressão Geriátrica-15. Além disso, foi questionada a participação dos sobreviventes em atividades de reabilitação. Todas as entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos elegíveis e agendadas previamente por telefone de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Figura 2. Seguimentos dos sujeitos elegíveis.

- As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 50 minutos, com intervalo de 10 minutos para não causar cansaço aos idosos participantes.

4.9 Processamento dos dados

Foi elaborada uma planilha de dados no programa *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook*). Para garantia da qualidade do processo de digitação, os

digitadores foram previamente treinados e, para o teste de consistência externa, a digitação dos dados foi realizada através de dupla entrada de dados. Posteriormente, os dados foram importados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows versão 21.0. Nesse momento, realizou-se o teste de consistência interna, com a validade para cada questão, acompanhando a sequência em que elas se encontravam no questionário, observando-se os valores “missing” e inconsistências entre as questões relacionadas.

4.10 Análise estatística dos dados

4.10.1 Fase descritiva

A técnica de estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis, incluindo a medida de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) para variáveis quantitativas; análise univariada (tabelas de frequência) e bivariada (tabelas de contingência) para variáveis qualitativas.

4.10.2 Fase analítica

A Análise de Variância de Medidas Repetidas, com correção de Greenhouse-Geisser, foi empregada para analisar a trajetória do estresse psicológico (EEP-10) nos primeiros seis meses após a alta hospitalar. Também foi realizado o Teste de Comparações Múltiplas, com ajuste de Bonferroni, para identificar as diferenças entre pares de média da EEP-10 nos momentos de avaliação T1 e T2, T1 e T3, T2 e T3.

Nas análises bivariadas, para as variáveis com distribuição normal, foi utilizado o teste t de *Student*. Já, para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi empregado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. O teste de correlação de Pearson foi usado para avaliar a correlação entre o estresse psicológico (EEP-10) e as variáveis contínuas (escolaridade, número de comorbidades, renda, MIF, NIHSS, GDS-15), sendo a classificação da magnitude das correlações de acordo com a convenção usual (MUNRO, 2001):

- a) Fraca, se $|r| < 0,3$;

b) Moderada, se $0,3 \leq |r| < 0,7$;

c) Forte, se $|r| \geq 0,7$.

A regressão linear múltipla foi utilizada para identificar os fatores relacionados à trajetória do estresse psicológico e os preditores de estresse psicológico seis meses após a alta hospitalar nos idosos sobreviventes do AVC.

Em todos os testes de hipóteses construídos foi considerado um nível de significância de 5%.

4.11 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, em 04 de junho de 2014, e protocolado sob o nº 707.886/2014 (ANEXO H) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde em 04 de agosto de 2014, protocolado sob o nº 737.761 (ANEXO I). As entrevistas foram realizadas com os idosos que manifestaram concordância com a pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma entregue ao idoso e a outra à pesquisadora.

5.1 Características Gerais da Amostra

5.1.1 Características Sociodemográficas

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1. Destaca-se que houve predomínio de idosos mais jovens (60 a 79 anos) e número igualitário de participantes do sexo masculino e feminino. Nas faixas etárias de 60 a 64, 75 a 79, 80 e mais, a maioria era do sexo masculino; já nas faixas etárias de 65 a 69, 70 a 74, prevaleceram idosos do sexo feminino. Entre as mulheres, a média de idade foi de 70,0 (dp = 7,0) e, entre os homens, de 70,6 (dp = 8,2). Não houve evidência de diferença entre as médias de idade ($p = 0,77$).

Ainda na Tabela 1, verifica-se que a maioria dos idosos não tinha companheiro (solteiro, viúvo, divorciado). Houve diferença na distribuição entre os idosos do sexo masculino e feminino quanto ao estado civil, visto que, dentre os casados, foi prevalente idosos do sexo masculino (69,5%) e, em contrapartida, dentre os que referiam não ter companheiro, prevaleceu o sexo feminino (66,7%). Observa-se, também, que a maioria dos idosos apresentava baixa escolaridade e recebia de um a dois salários mínimos por mês. A principal fonte de renda dos idosos foi aposentadoria (60,9%), seguida pela pensão (15,2%) e trabalho próprio (23,9%).

Tabela1 –Características sociodemográficas dos idosos sobreviventes do AVC no momento T1. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	n (%)	Média (dp)	Mediana	Variação
Faixa etária (anos)				
60 – 64	14 (28,0)	70,3 (7,6)	69,5	[60; 87]
65 – 69	11 (22,0)			
70 – 74	10 (20,0)			
75 – 79	7 (14,0)			
80 e mais	8 (16,0)			
Sexo				
Masculino	25 (50,0)	-	-	-
Feminino	25 (50,0)			
Estado civil				
Solteiro	9 (18,0)	-	-	-
Casado	23 (46,0)			
Divorciado	6(12,0)			
Viúvo	12 (24,0)			
Escolaridade (anos)				
Analfabeto	11 (22,0)	4,2 (3,9)	4,0	[0;20]
1 a 4 anos	23 (46,0)			
5 a 8 anos	12 (24,0)			
9 anos e mais	4(8,0)			
Renda Mensal (SM)*				
>1 SM	4 (8,0)	4,6	1,0	[0;14]
1 – 2 SM	35 (70,0)			
>2 SM	11 (22,0)			
Tem cuidador				
Sim	22 (44,0)	-	-	-
Não	28 (56,0)			

T1 – duas semanas após a alta hospitalar. *SM - Salário Mínimo Nacional em 2014 (R\$724,00); em 2015 (R\$ 788,00).

5.1.2 Características clínicas

A Tabela 2 apresenta características clínicas dos idosos sobreviventes do AVC no momento T1. O AVC isquêmico foi o tipo do AVC mais prevalente na amostra. Houve predomínio de idosos que tinham histórico de apenas um episódio de AVC. Duas semanas após a alta hospitalar, a média do tempo após o AVC foi de

20,6 (DP= 18,3) dias. Em relação às comorbidades registradas no prontuário médico, 78% dos idosos possuíam de duas a três comorbidades, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial sistêmica. A média do número de comorbidades foi de 2,36 (dp=0,8) e mediana de 4.

Tabela 2 – Características clínicas dos idosos sobreviventes do AVC no momento T1. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	n (%)
Tipo do AVC	
Isquêmico	48 (96,0)
Hemorrágico	2 (4,0)
Primeiro episódio de AVC	
Sim	37 (74,0)
Não	13 (26,0)
Hipertensão Arterial Sistêmica	
Sim	48 (96,0)
Não	2 (4,0)
Diabetes Mellitus	
Sim	13 (26,0)
Não	37 (74,0)
Dislipidemia	
Sim	35 (70,0)
Não	15 (30,0)
Doença cardíaca	
Sim	8 (16,0)
Não	42 (84,0)

T1 – duas semanas após a alta hospitalar.

As prevalências de depressão, do déficit neurológico e participação na reabilitação na amostra nos momentos T1, T2 e T3 estão apresentadas na Tabela 3. Observa-se que houve redução da prevalência de depressão nos idosos sobreviventes do AVC ao longo do seguimento. A prevalência do déficit neurológico “leve” aumentou em detrimento da redução da prevalência do “moderado” no decorrer dos primeiros seis meses após a alta hospitalar. Verifica-se, ainda na Tabela 3, que houve aumento da prevalência da participação em atividades de

reabilitação entre T1 e T2. Todavia, entre T2 e T3, houve um decréscimo. No T1, a maioria dos sobreviventes que participavam de atividades de reabilitação apresentava AVC moderado (66,6%); no T2, essa prevalência foi igual entre os sobreviventes com AVC leve e moderado; por fim, no T3, prevaleceram sobreviventes com AVC leve (71,4%).

Tabela 3 – Prevalência pontual de depressão, do déficit neurológico e da participação na reabilitação nos idosos sobreviventes do AVC no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	T1	T2	T3
	n (%)	n (%)	n (%)
Depressão			
Sim	15 (30,0)	12 (24,0)	9 (18,0)
Não	35 (70,0)	38 (76,0)	41 (82,0)
Déficit Neurológico			
Leve	29 (58,0)	38 (76,0)	43 (86,0)
Moderado	21 (42,0)	12 (24,0)	7 (14,0)
Severo	-	-	-
Reabilitação			
Sim	12 (24,0)	16 (32,0)	14 (28,0)
Não	38 (76,0)	34 (68,0)	36 (72,0)

T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar.

A Tabela 4 apresenta a descrição das variáveis contínuas do estudo nos momentos T1, T2 e T3. Verifica-se que os idosos sobreviventes do AVC apresentaram aumento do escore da MIF e redução dos escores do NIHSS, EGD-15 e EEP-10 no decorrer dos seis meses após a alta hospitalar.

Tabela 4 –Valor mínimo, máximo, mediana e média (desvio padrão) das variáveis contínuas no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Mediana	Média (dp)	α
<u>T1</u>					
NIHSS	0	15	3,0	3,9 (3,6)	-
MIF total	38	126	111,0	97,2 (27,7)	-
EGD-15	0	14	3,0	3,9 (3,6)	0,85
EEP-10	0	40	15,0	15,1 (9,1)	0,86
<u>T2</u>					
NIHSS	0	14	1,0	2,8 (3,6)	-
MIF total	40	126	114,5	107,0 (21,9)	-
EGD-15	0	13	2,5	3,5 (3,5)	0,85
EEP-10	0	35	8,5	10,8 (8,7)	0,88
<u>T3</u>					
NIHSS	0	14	1,0	2,2 (3,3)	-
MIF total	50	126	115,0	110,0 (19,6)	-
EGD-15	0	10	2,0	2,9 (2,7)	0,76
EEP-10	0	32	6,0	9,2 (7,7)	0,85

T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar. NIHSS - do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*, MIF – Medida da Independência Funcional, EGD-15 – Escala de depressão geriátrica 15 itens, EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens.

5.2 Trajetória do estresse psicológico

As médias e desvios-padrão da EEP-10 no momento T1, T2 e T3 estão apresentadas na Tabela 5. Observa-se que as pontuações médias da EEP-10 diminuiram ao longo do seguimento. As alterações da média do escore da EEP-10, no decorrer dos seis meses após a alta hospitalar, foram estatisticamente significativas segundo a análise de variância de medidas repetidas a um fator intrassujeito ($p < 0,001$).

Tabela 5–Trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC. Distrito Federal, 2014-2016.

Variável	T1	T2	T3	p
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	
EEP-10	15,1 (9,1)	10,8 (8,7)	9,2 (7,7)	< 0,001*

T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar. EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens. *correção de Greenhouse-Geisser.

A média do escore da EEP-10 dos idosos sobreviventes do AVC apresentou queda de mais de 5 pontos entre T1 e T3, conforme apresentado na Tabela 6. Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores da EEP-10 nos momentos T1 e T2, T1 e T3, sendo mais acentuada entre os momentos T1 e T3 ($p < 0,001$).

Tabela 6– Comparações múltiplas da EEP-10 nos diferentes momentos de avaliação. Distrito Federal, 2014-2016.

(I)Fator 1	(J)Fator2	Média da diferença (I-J)	Erro Padrão	p ^b	IC 95% ^b	
					Limite inferior	Limite superior
T1	T2	4,34*	1,1	0,001	1,57	7,1
T1	T3	5,96*	1,1	$p < 0,001$	3,26	8,6
T2	T3	1,62	0,79	0,138	-0,343	3,58

EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens; T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar.

Baseado em médias marginais estimadas.

*. A diferença média é significativa no nível 0,05.

b.Ajustes utilizando critério de Bonferroni.

5.3 Estresse psicológico segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

A distribuição das médias da EEP-10 de acordo com características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas na Tabela 7. Observa-se que houve evidência de diferença entre as médias do EEP-10 apenas para os idosos com e sem cuidador. Os idosos com cuidador apresentaram-se mais estressados quando comparados aos idosos sem cuidador nos momentos T1, T2 e T3. A diferença entre as médias da EEP-10 foi mais acentuada no T2, momento em que

os idosos com cuidador apresentaram quase 10 pontos a mais na EEP-10 do que idosos sem cuidador ($p < 0,001$).

Tabela 7– Distribuição das médias do EEP-10 de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	Escala Estresse Percebido (EEP-10)						
		T1		T2		T3	
	n (%)	Média (dp)	p	Média (dp)	P	Média (dp)	p
Grupo etário							
Idosos mais jovens ^Σ	42 (84,0)	14,9 (8,9)	0,59*	10,7 (8,6)	0,88*	8,9 (7,3)	0,65*
Idosos mais velhos ^μ	8 (16,0)	16,7 (10,8)		11,2 (9,9)		10,4 (10,5)	
Sexo							
Feminino	25 (50,0)	17,1 (9,9)	0,14	12,5 (9,1)	0,18	10,9 (7,5)	0,12
Masculino	25 (50,0)	13,2 (8,1)		9,2 (8,2)		7,5 (7,7)	
Tem companheiro							
Sim	23(46,0)	13,6 (8,9)	0,26	11,1 (9,3)	0,81	7,6 (8,1)	0,18
Não	27 (54,0)	16,5 (9,2)		10,6 (8,3)		10,6 (7,4)	
Tem cuidador							
Sim	22 (44,0)	19,3 (7,7)	0,003	16,3 (8,5)	<0,001	13,1 (8,5)	0,02
Não	28 (56,0)	11,9 (8,9)		6,5 (6,2)		6,1 (5,6)	
Primeiro AVC							
Sim	37 (74,0)	14,7 (9,5)	0,53	9,8 (8,9)	0,15	9,1 (8,0)	0,85
Não	13 (26,0)	16,5 (7,9)		13,8 (7,4)		9,5 (7,4)	
Hipertensão Arterial Sistêmica							
Sim	48 (96,0)	15,0 (9,3)	0,55*	11,1 (8,7)	0,18*	9,4 (7,9)	0,34*
Não	2 (4,0)	18,0 (2,8)		3,5 (4,9)		4,0 (1,4)	

continua

Variáveis	Escala Estresse Percebido (EEP-10)						
	T1			T2		T3	
	n (%)	Média (dp)	p	Média (dp)	P	Média (dp)	p
Diabetes Mellitus							
Sim	13 (26,0)	15,6 (9,2)	0,8	10,3 (9,2)	0,8	9,0 (8,9)	0,9
Não	37 (74,0)	15,0 (9,3)		11,0 (8,6)		9,3 (7,5)	

T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens; Σ - idosos mais jovens (60 a 79 anos); μ - idosos mais velhos (80 anos e mais). *Teste de Mann-Whitney

A Tabela 8 apresenta a distribuição das médias da EEP-10 segundo a depressão, déficit neurológico e participação na reabilitação. Observa-se que os idosos com depressão apresentaram maior nível de estresse quando comparados aos idosos sem depressão em todos os momentos da avaliação. Destaca-se que, no T2, a diferença das médias da EEP-10 entre esses dois grupos foi de mais de 15 pontos. Em relação ao déficit neurológico, os idosos com déficit neurológico moderado apresentaram maior nível de estresse quando comparados aos idosos com déficit neurológico leve em todos os momentos da avaliação. A maior diferença das médias da EEP-10 entre esses grupos foi de 12,4 pontos, observada no T3. Ainda na Tabela 8, verifica-se que não houve diferença do nível de estresse psicológico nos sobreviventes ao considerar a participação na reabilitação nos momentos T1, T2 e T3.

Tabela 8– Distribuição das médias do EEP-10 de acordo com depressão, déficit neurológico e participação na reabilitação nos momentos T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	Escala Estresse Percebido (EEP-10)								
	T1			T2			T3		
	n (%)	Média (dp)	P	n (%)	Média (dp)	p	n (%)	Média (dp)	p
Depressão									
Sim	15 (30,0)	24,4 (6,6)	<0,001	12 (24,0)	22,7 (6,1)	<0,001	9 (18,0)	21,3 (5,8)	<0,001*
Não	35 (70,0)	11,2 (6,9)		38 (76,0)	7,1 (5,3)		41 (82,0)	6,5 (5,2)	
Déficit neurológico									
Leve	29 (58,0)	11,5 (9,1)	0,001	38 (76,0)	8,9 (7,9)	0,006*	43 (86,0)	7,5 (6,6)	<0,001*
Moderado	21 (42,0)	20,2 (6,6)		12 (24,0)	16,7 (8,6)		7 (14,0)	19,9 (6,3)	
Reabilitação									
Sim	12 (24,0)	15,4 (10,2)	0,91*	16 (32,0)	12,8 (8,9)	0,25	14 (28)	11,6 (5,7)	0,16
Não	38 (76,0)	15,1 (8,9)		34 (68,0)	9,8 (8,5)		36 (72,0)	8,3 (8,2)	

EEP-10 – Escala de Estresse Percebido – 10 itens; T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar. *Teste de Mann-Whitney

A Tabela 9 apresenta as correlações entre a EEP-10 e escolaridade, renda, número de comorbidades, NIHSS, MIF, EGD-15 nos momentos T1, T2 e T3. Verifica-se que maior número de comorbidades apresentou correlação com maior nível de estresse psicológico apenas no T1. O déficit neurológico, a funcionalidade e a depressão apresentaram correlação com o estresse psicológico em todos os momentos da avaliação. Entretanto, houve diferença na direção e magnitude entre as correlações. Observa-se que a redução do estresse psicológico estava correlacionada ao ganho de funcionalidade, à redução do déficit neurológico e dos sintomas depressivos nos idosos sobreviventes do AVC no T1, T2 e T3.

Tabela 9—Correlações das variáveis com a Escala de Estresse Percebido (EEP-10) no T1, T2 e T3. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	Escala de Estresse Percebido (EEP-10)					
	T1		T2		T3	
	r	P	r	p	R	p
Escolaridade T1	-0,22	0,11	-0,08	0,57	-0,02	0,89
Renda T1	-0,24	0,08	-0,20	0,16	-0,18	0,21
Comorbidades T1	0,31	0,03	0,10	0,49	0,13	0,36
NIHSS T1	0,45	0,01	-	-	-	-
NIHSS T2	-	-	0,62	<0,001	-	-
NIHSST3	-	-	-	-	0,59	<0,001
MIF T1	-0,57	<0,001	-	-	-	-
MIF T2	-	-	-0,65	<0,001	-	-
MIF T3	-	-	-	-	-0,68	<0,001
EGD-15T1	0,76	<0,001	-	-	-	-
EGD-15 T2	-	-	0,81	<0,001	-	-
EGD-15 T3	-	-	-	-	0,80	<0,001

T1 – duas semanas após a alta hospitalar; T2– três meses após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; NIHSS - do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*; MIF – Medida da Independência Funcional; EGD-15 – Escala de depressão geriátrica 15 itens; EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens.

Ao analisar a média da diferença da EEP-10 entre T1 e T3 de acordo com as características sociodemográficas e clínicas dos idosos sobreviventes do AVC, não foi observada diferença da trajetória do estresse psicológico ao considerar: grupo etário, sexo, presença do cuidador, ter companheiro, primeiro episódio de AVC, presença de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, conforme

demonstrado a Tabela 10. Similarmente, a trajetória do estresse (DIFEED-10) também não apresentou associação com a participação na reabilitação no T1 ($p=0,55$), T2 ($p=0,26$) e T3 ($p=0,11$).

Tabela 10—Distribuição das médias da DIF de acordo com grupo etário, sexo, companheiro, cuidador, primeiro episódio do AVC, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	DIF (EEP-10)*		
	n (%)	Média (dp)	P
Grupo etário			
Idosos mais jovens ^Σ	42 (84,0)	5,8 (6,9)	0,9**
Idosos mais velhos ^μ	8 (16,0)	6,3 (11,3)	
Sexo			
Feminino	25 (50,0)	6,2 (7,9)	0,85
Masculino	25 (50,0)	5,7 (7,5)	
Tem companheiro			
Sim	23 (46,0)	5,9 (8,2)	0,9
Não	27 (54,0)	5,9 (7,3)	
Tem cuidador			
Sim	22 (44,0)	6,2 (7,9)	0,85
Não	28 (56,0)	5,8 (7,6)	
Primeiro AVC			
Sim	37 (74,0)	5,6 (7,4)	0,57
Não	13 (26,0)	7,0 (8,6)	
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Sim	48 (96,0)	5,6 (7,6)	0,13**
Não	2 (4,0)	14,0 (1,4)	
Diabetes Mellitus			
Sim	13 (26,0)	6,6 (9,4)	0,72
Não	37 (74,0)	5,7 (7,0)	

*DIF (EEP-10) – diferença entre as médias da EEP-10 do T1 e T3; EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens, T1- duas semanas após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; Σ- idosos mais jovens (60 a 79 anos); μ - idosos mais velhos (80 anos e mais).

** Teste de Mann-Whitney

As correlações entre as trajetórias da EEP-10 e do NIHSS, MIF, EGD-15 encontram-se apresentadas na Tabela 11. Verifica-se que houve correlação,

estatisticamente significativa, da trajetória do estresse psicológico com a trajetória da depressão e da funcionalidade. A partir dos coeficientes de correlação obtidos, observa-se que, no decorrer dos seis meses após a alta hospitalar, houve redução do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC, concomitantemente, com a diminuição dos sintomas depressivos e ganhos de funcionalidade.

Tabela 11– Correlações entre escolaridade, renda, número de comorbidades, DIF da MIF, NIHSS, EGD-15 e DIF da EEP. Distrito Federal, 2014-2016.

Variáveis	DIF(EEP-10)	
	r	p
Escolaridade T1	-0,25	0,07
Renda T1	-0,11	0,44
Comorbidades T1	0,24	0,09
DIF(NIHSS)	0,28	0,51
DIF(MIF)	-0,30	0,03
DIF(EGD-15)	0,54	p<0,001

DIF– diferença entre as médias do T1 e T3;T1– duas semanas após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; NIHSS - do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*; MIF – Medida da Independência Funcional; EGD-15 – Escala de depressão geriátrica 15 itens;EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens.

5.4 Fatores relacionados à trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC

A Tabela 12 apresenta os fatores relacionados à trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC. Observa-se que o aumento na funcionalidade e a redução dos sintomas depressivos apresentaram relação com a redução do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.

Tabela 12 – Regressão linear múltipla com o fator evolução do estresse psicológico como variável dependente.

Modelo	Beta	p
(constante)		0,34
Cuidador T1	0,27	0,08
DIF(EGD-15)	0,49	p<0,001
DIF (NIHSS)	0,02	0,86
DIF(MIF)	-0,35	0,04

a. Variável dependente: DIF(EEP-10)

DIF – diferença entre as médias do T1 e T3; T1– duas semanas após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; MIF – Medida da Independência Funcional; NIHSS - do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*; EGD-15 – Escala de depressão geriátrica 15 itens; EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens.

5.5 Preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC seis meses após a alta

Os preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC estão apresentados na Tabela 13. Verifica-se que, dentre as variáveis estudadas, apenas a funcionalidade e a depressão, mensuradas no T1, respectivamente, pela MIF e GDS-15, foram preditores do estresse psicológico no sexto mês após a alta hospitalar. A partir dos coeficientes obtidos, infere-se que os idosos com menor funcionalidade e mais sintomas depressivos na segunda semana após a alta apresentaram maior nível de estresse psicológico no sexto mês após a alta hospitalar.

Tabela 13 – Regressão linear múltipla com o fator estresse psicológico no T3 como variável dependente. Distrito Federal, 2014-2016.

Modelo	Beta	p
(constante)		0,013
MIF T1	-0,61	0,015
EGD-15 T1	0,31	0,010
NIHSS T1	0,11	0,498
Cuidador T1	0,25	0,171

a. variável dependente: EEP-10 T3

T1– duas semanas após a alta hospitalar; T3 – seis meses após a alta hospitalar; MIF – Medida da Independência Funcional; NIHSS - do inglês, *National Institute of Health Stroke Scale*; EGD-15 – Escala de depressão geriátrica 15 itens; EEP-10 – Escala de Estresse Percebido 10 itens.

6.1 Trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC

O presente estudo analisou a trajetória do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC nos primeiros seis meses após a alta hospitalar para casa. Os resultados demonstraram que o estresse psicológico diminuiu no decorrer do tempo, uma vez que houve redução significativa do escore da EEP-10 nos seis primeiros meses após a alta. A média do escore da EEP-10 dos idosos sobreviventes do AVC apresentou uma queda de quase seis pontos entre a avaliação inicial e a do sexto mês. Esses achados ratificam os resultados do estudo conduzido por Ostwald et al. (2009) que, ao investigarem o estresse psicológico nos sobreviventes do AVC no primeiro ano de alta do hospital de reabilitação, constataram que o estresse diminuiu durante o primeiro ano e que houve uma queda de quase 2 pontos na média da EEP-10 entre a avaliação inicial e a do sexto mês, passando de uma média de 12,27 (DP = 7,46), imediatamente após a alta, para 10,72 (DP = 7,13), seis meses após a alta. Embora esse estudo também tenha evidenciado o declínio do estresse ao longo do tempo, os sobreviventes do AVC do presente estudo apresentaram maior escore inicial (média 15,1) e menor escore final (média 9,1) da EEP-10 quando comparado aos sobreviventes do estudo referenciado.

Uma possível explicação para diferença dos escores iniciais da EEP-10 entre os estudos é a procedência dos sobreviventes do AVC, visto que esse é um fator que pode impactar diretamente no nível de estresse psicológico apresentado pelos sobreviventes do AVC imediatamente após alta. Nos Estados Unidos da América (EUA), país onde foi realizado o estudo conduzido por Ostwald et al. (2009), todos os sobreviventes são submetidos à avaliação formal quanto à necessidade de reabilitação antes da alta da unidade de AVC. Após a alta dessa unidade, dependendo da necessidade de cuidados intensivos de reabilitação, os sobreviventes são encaminhados, de imediato, para centros de reabilitação com regime de internamento, denominado de *inpatient rehabilitation facilities*, local onde foram recrutados os participantes do estudo supracitado. Esses centros de reabilitação prestam cuidados intensivos de reabilitação interdisciplinar a nível hospitalar, 24 horas por dia, sob a supervisão direta do médico (WINSTEIN et al., 2016).

Já no presente estudo, os sobreviventes foram recrutados do serviço de Emergência, onde o enfoque principal é o tratamento agudo da doença. Duas

semanas após a alta hospitalar, apenas 24% da amostra tinha participado de algum atendimento de reabilitação. Há evidências de que sobreviventes do AVC que participam, precocemente, da reabilitação sentem-se apoiados (ELLIS-HILL et al., 2009), apresentando a transição do hospital para casa menos crítica (RITTMAN et al., 2004) e melhor enfrentamento diante da doença e de suas limitações (CARLSSON; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2009). A reabilitação precoce ajuda-os a antecipar a perturbação na ordem temporal de suas vidas e a compreender que reordenar suas vidas faz parte do processo de recuperação que ajudará a restabelecer o sentido de normalidade (RITTMAN et al., 2004).

Em contrapartida, os sobreviventes do AVC que não participam de atividades de reabilitação precocemente sentem-se abandonados e desorientados. A ausência do suporte de serviços de saúde em reabilitação gera insegurança e medo, uma vez que eles têm dúvidas se estão executando as atividades do dia a dia de forma inadequada e, por conseguinte, piorando a situação. Os sobreviventes têm que fazer suas descobertas por conta própria, por tentativa e erro (CARLSSON; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2009), sendo obrigados a tomar decisões no seu dia a dia apenas com o seu conhecimento disponível. Diante da incerteza se estão tomando as melhores decisões, o sentimento de aflição emerge (ELLIS-HILL et al., 2009). Mediante a essas colocações, infere-se que a reabilitação precoce pode justificar o menor escore inicial da EEP-10 apresentado pelos sobreviventes do estudo de Ostwald et al. (2009).

As características sociodemográficas das amostras também podem ajudar a elucidar a diferença dos escores iniciais da EEP-10 entre os estudos. No estudo de Ostwald et al. (2009), mais de 60% dos sobreviventes apresentavam ensino superior completo ou incompleto e eram provenientes de diversas classes socioeconômicas. Em contrapartida, no presente estudo, mais de 65% dos sobreviventes eram analfabetos ou apresentavam até quatro anos de estudo formal e mais de 75% era proveniente da classe social mais baixa do país. Há evidências de que pessoas com baixo nível de escolaridade e renda (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988; TRIGO et al. 2010) apresentam níveis mais elevados de estresse quando comparados aos seus pares devido à menor disponibilidade de recursos de enfrentamento diante dos eventos estressores (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; ADLER et al., 1994).

Já a disparidade entre os escores finais da EEP-10 dos estudos pode ser decorrente da funcionalidade dos sobreviventes. Ao comparar a funcionalidade, mensurada por meio da Medida da Independência Funcional, observa-se que os sobreviventes do presente estudo apresentaram quase oito pontos a mais nessa medida em relação aos sobreviventes do estudo realizado nos EUA. O próprio estudo de Ostwald et al. (2009) demonstrou que maior funcionalidade, imediatamente após a alta para casa, prevê menor nível de estresse seis meses após a alta para casa. Desse modo, o menor escore final da EEP-10 obtido pelos sobreviventes do presente estudo pode ser decorrente da maior funcionalidade no início do seguimento.

Independente da procedência dos sobreviventes do AVC, há um consenso entre o presente estudo e o de Ostwald et al. (2009) quanto à redução do estresse psicológico ao longo do tempo. A trajetória do estresse psicológico após o AVC pode ser explicada por meio da trajetória da doença. Segundo o conceito de ruptura biográfica, modelo que explica a trajetória da vida com uma condição crônica, a ocorrência de uma doença, como o AVC, gera caos, descontinuidade na vida e na identidade dos sobreviventes. O período de transição é marcado por uma interrupção e estresse, exigindo adaptação e acomodação. O ajuste para viver com a doença crônica requer reordenação temporal da vida cotidiana e reintegração com a identidade. A experiência do tempo é reconhecida como grande recurso do processo de transição e adaptação (BURY, 1982).

A trajetória da vida com uma doença crônica é composta por várias fases que refletem a interminável e contínua revisão da experiência, enfrentamento e adaptação à situação estressante (CORBIN; STRAUSS, 1992), sendo considerado um processo complexo, dinâmico, cíclico e multidimensional com o objetivo final de alcançar uma vida normal de acordo com sua nova situação/contexto (AMBROSIO et al., 2015). Considera-se complexo porque gera alterações em todos os aspectos da vida da pessoa; dinâmica, porque ela se move ao longo do tempo; cíclica porque ele flutua por meio de avanços e recuos ao longo da experiência e multidimensional porque inclui diferentes atributos (AMBROSIO et al., 2015).

A experiência da recuperação e adaptação após o AVC é descrita como não linear, fluindo e refluindo ao longo do tempo, apresentando sucessos e reveses (KIRKEVOLD, 2002; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Apesar disso, de forma geral, vários estudos descrevem a trajetória do AVC, inicialmente, como um grande

choque e, a seguir, começa o período de adaptação e reconciliação (HILTON, 2002; RITTMAN et al., 2004; RITTMAN et al., 2007; ROCHETTE et al., 2006; SALTER et al., 2008; SATINK et al., 2013; SARRE et al., 2014; WOTTRICH; ASTRÖM; LÖFGREN, 2012), o que pode explicar o decréscimo do nível de estresse psicológico durante os seis primeiros meses após a alta, observado no presente estudo.

A transição do hospital para casa é um dos períodos mais crítico na trajetória da recuperação após o AVC (CH'NG; FRENCH; MCLEAN, 2008; RITTMAN et al., 2004), sendo permeada por sentimentos mistos, de um lado, alívio e felicidade; de outro, incerteza e ansiedade diante da nova situação (EILERTSEN; KIRKEVOLD; BJØRK, 2010; OLOFSSON; ANDERSSON; CARLBERG, 2005). A volta para casa é considerada pelos sobreviventes como fator crucial para recuperação, já que representa um marco importante de retorno à normalidade (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010) e por ser o local onde se sentem responsáveis e no controle de suas vidas (OLOFSSON; ANDERSSON; CARLBERG, 2005). A expectativa dos sobreviventes é regressar ao seu status prévio ao AVC (BURTON, 2000; KIRKEVOLD, 2002; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010; WOTTRICH; ASTRÖM; LÖFGREN, 2012). Contudo, quando retornam para casa e são confrontados com as atividades do dia a dia, as consequências do AVC tornam-se mais evidentes (OLOFSSON; ANDERSSON; CARLBERG, 2005; RITTMAN et al., 2007).

Inicialmente, os sobreviventes vivenciam sentimento de incerteza e de confusão por não saber lidar com as sequelas. Em seguida, percebem as repercussões delas sobre o seu cotidiano, já que acarretam mudanças no desempenho da realização das atividades da vida diária, na identidade, nas relações com outras pessoas e nos papéis sociais (NASR et al., 2016; SATINK et al., 2013). Ademais, nesse período, o risco de sofrer um novo AVC é uma preocupação frequente entre os sobreviventes, sendo uma questão que consideram difícil de lidar (CARLSSON; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2009; ROCHETTE et al., 2006).

À luz da Teoria Transacional do Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984), a necessidade de redefinição da identidade, dos papéis sociais, das relações interpessoais e da rotina para solucionar a incongruência que existe entre a vida antes e depois do AVC e o risco de sofrer um novo AVC podem gerar inúmeras demandas que excedem os recursos disponíveis dos sobreviventes do AVC e, por conseguinte, os sobreviventes avaliam que a situação representa uma ameaça,

vivenciando, no início do retorno para casa, altos níveis de estresse psicológico. Em muitos estudos de abordagem qualitativa, os sobreviventes relatam, nessa fase, sentimentos de frustração, culpa, perda, ameaça, impotência, incerteza e consideram viver uma luta constante e difícil (CH'NG; FRENCH; MCLEAN, 2008; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA, 2016; NASR et al., 2016; RITTMAN et al., 2007; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010), o que pode esclarecer o maior nível de estresse psicológico encontrado no início do seguimento do presente estudo.

À medida que o tempo passa, os sobreviventes percebem que as sequelas demoram a desaparecer e, por conseguinte, que a vida não será como antes do AVC (EILERTSEN; KIRKEVOLD; BJØRK, 2010; KIRKEVOLD, 2002; SATINK et al., 2013). Dado que o retorno à vida anterior é bastante improvável, reavaliar o impacto da doença, a percepção sobre a vida, prioridades, ajustar expectativas e fazer adaptações parece ser a maneira mais eficaz de lidar com a situação (KIRKEVOLD, 2002; ROCHETTE et al., 2006; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010; SATINK et al., 2013).

Em um estudo realizado na Suécia com o objetivo de investigar como as expectativas dos sobreviventes foram alcançadas durante os primeiros três meses após a alta, foi evidenciado que, no terceiro mês após a alta, ao perceberem que a vida não poderia ser como antes, os sobreviventes adotaram novas estratégias e iniciaram o processo de adaptação. Eles organizaram e planejaram suas vidas de acordo com as sequelas físicas e cognitivas e, com o auxílio de novas estratégias e ajudas técnicas, puderam adaptar as limitações aos seus cotidianos (WOTTRICH; ASTRÖM; LÖFGREN, 2012). Durante esse processo contínuo de avaliar, alterar e reclassificar a situação à medida que ela evolui, situações que foram previamente percebidas como uma ameaça, agora, podem ser vistas como um desafio ou irrelevante. Além disso, novas estratégias de enfrentamento também podem ser adotadas a fim de gerenciar e minimizar a situação considerada, anteriormente, estressante (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Nesse momento, poderá ocorrer redução do estresse psicológico, conforme observado no presente estudo, em que, entre a avaliação inicial e do terceiro mês, foi observado decréscimo de mais de quatro pontos da média da EPP-10.

No presente estudo, o nível de estresse psicológico nos sobreviventes do AVC continuou a diminuir no sexto mês após a alta hospitalar, porém não apresentou uma queda relevante quando comparado ao terceiro mês. Em

contrapartida, ao comparar o nível de estresse do sexto mês com o inicial, observa-se que houve uma redução expressiva de mais de cinco pontos na média da EEP-10. Isso pode ser decorrente do restabelecimento existencial de si mesmo, da reorganização e da reconciliação na vida dos sobreviventes (HILTON, 2002). Em um estudo realizado no Canadá, verificou-se que, a partir do sexto mês após AVC, os sobreviventes se engajam em atividades significativas, bem como mantêm e desenvolvem novas relações a fim de retornar a vida real (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Kirkevold (2002), ao descrever a trajetória do AVC durante o primeiro ano, revelou no seu estudo que, a partir do sexto mês após o AVC, os sobreviventes já estão familiarizados com sua rotina, integram a doença à sua vida e percebem que o AVC os conduziu a um novo período da vida, devendo segui-la, mesmo que não como antes. Nesse período, a vida dos sobreviventes torna-se mais previsível e menos estressante (FRASER, 1999).

Apesar de ter utilizado uma descrição geral da trajetória da doença para explicar a trajetória do estresse psicológico encontrado no presente estudo, é pertinente salientar que nem todos os sobreviventes seguem esse percurso após o AVC, uma vez que, segundo Folkman e Lazarus (1984), a avaliação de uma situação como estressante e o tipo de enfrentamento a ser adotado dependem da relação particular entre o indivíduo e o ambiente. Estudos de abordagem qualitativa demonstram que alguns sobreviventes não conseguem fazer o ajuste entre as expectativas e suas habilidades. Consideram-se incapazes de restabelecer ou desenvolver nova rotina, identidade e relações na sua casa, família ou comunidade. Mesmo um ano após o AVC, ainda continuam lutando para aceitar, sendo dominados por sentimentos de frustração e raiva por não conseguir desenvolver as mesmas atividades que antes do AVC (CH'NG; FRENCH; MCLEAN, 2008; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Assim, sugere-se que alguns sobreviventes não apresentarão redução do estresse psicológico durante os seis primeiros meses após a alta hospitalar.

Há uma suposição de que o AVC é vivenciado de forma diferente pelas pessoas idosas. Dois estudos qualitativos constataram que os idosos não consideram a ocorrência do AVC como uma grande crise, mas como um componente normal do envelhecimento (FAIRCLOTH et al.; 2004; NASR et al., 2016) e a relaciona com as comorbidades preexistentes (FAIRCLOTH et al.; 2004). Os autores desses estudos alegam que essa doença não causa uma ruptura

biográfica na vida das pessoas idosas e sugerem que, ao invés de interromper a biografia, o AVC constrói uma biografia que flui através do tempo e do espaço, apoiando a ideia de fluxo biográfico (FAIRCLOTH et al., 2004; NASR et al., 2016).

A partir dessa proposição, supõe-se que os idosos sobreviventes não vivenciam altos níveis de estresse psicológico após o AVC. Entretanto, essa concepção de fluxo biográfico parece atender apenas àqueles idosos que já tinham suas vidas restritas ou modificadas anteriormente ao AVC. Como o AVC não traz grandes mudanças para a vida desses idosos, tem-se a ideia de que a vida segue seu fluxo normal. Em contrapartida, para aqueles idosos que têm sua identidade e rotina afetadas, a ocorrência do AVC representa uma grande crise (CLARKE, 2003) e, por conseguinte, poderá causar elevados níveis de estresse.

Estudos realizados com amostras compostas apenas por idosos (60 anos ou mais) evidenciaram que o AVC pode gerar grande caos na vida das pessoas idosas, a depender do quanto sua identidade foi prejudicada com o acontecimento do evento (CLARKE, 2003; CLARKE, BLACK, 2005; LOBECK; THOMPSON; SHANKLAND, 2005). Ao evidenciar elevados níveis de estresse psicológico no início do seguimento, o presente estudo ratifica que o AVC pode causar grande perturbação na vida dos idosos sobreviventes do AVC.

6.2 Preditores de estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC

Sofrer AVC é um evento imprevisível que acarreta grandes mudanças na trajetória da vida anterior e (SALTER et al., 2008; SARRE et al., 2014; SIMONE et al., 2015), conseqüentemente, apresenta grande potencial de ser vivenciado como estressante. O nível de estresse psicológico apresentado pelos sobreviventes do AVC pode sofrer influência de diversos fatores. Com base nos resultados do presente estudo, a funcionalidade apresentada pelos sobreviventes duas semanas após a alta foi identificada como um dos preditores do estresse psicológico seis meses após a alta hospitalar. Além disso, foi evidenciado que a redução do estresse psicológico, no decorrer dos seis meses após a alta, estava relacionada ao ganho da funcionalidade. Esses achados estão em conformidade com estudos prévios realizados com sobreviventes do AVC.

Ao investigar os preditores de estresse psicológico nos sobreviventes do AVC no primeiro ano após a alta, Ostwald et al. (2009) verificaram que menor

funcionalidade, imediatamente após a alta, previu maior nível de estresse em 3, 6, 9 e 12 meses após a alta para casa. Ademais, dois estudos transversais demonstraram que a funcionalidade apresenta relação com o estresse psicológico nos sobreviventes do AVC (OSTWALD; SWAN; KHAN, 2008; SANTOS et al, 2015). A relação entre a funcionalidade e o estresse psicológico também foi confirmada em estudos de outras patologias. Homann et al. (2012) e Tak, Hong e Kennedy (2007), ao investigarem pacientes com fibromialgia e artrite reumatoide, evidenciaram uma importante correlação negativa entre o estresse psicológico e funcionalidade, sugerindo que o comprometimento para a realização das tarefas cotidianas pode ser um fator gerador de estresse nessas populações.

A perda total ou parcial da funcionalidade é uma das experiências de transição mais difíceis para o sobrevivente do AVC (EILERTSEN; KIRKEVOLD; BJØRK, 2010; FALLAHPOUR et al., 2013; SALTER et al., 2008). Ao terem a funcionalidade comprometida, os sobreviventes se questionam sobre as implicações no seu dia a dia (LYON, 2002). De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o estresse psicológico ocorre quando o indivíduo avalia que a situação demanda recursos excedentes e ameaça seu bem-estar. Posto isso, ao perceberem que para realizar atividades do dia a dia são necessários recursos adicionais de ordem emocional, física ou cognitiva e que o comprometimento da funcionalidade pode causar dependência, perda da autonomia e da capacidade de cumprir papéis sociais, os sobreviventes vivenciam o estresse.

Depender da assistência de outra pessoa para realização das AVDs é algo difícil para os sobreviventes. Atividades simples, como: caminhar, tomar banho, ir ao toalete, antes realizadas com sucesso e de forma independente, passam a requerer assistência ou supervisão de uma pessoa após o AVC (FALLAHPOUR et al., 2013; RITTIMAN et al., 2004). A participação nas atividades da vida diária representa algo mais do que o cumprimento da rotina; representa a identidade/existência e satisfação em um processo dinâmico (FALLAHPOUR et al., 2013, RITTIMAN et al., 2004). O comprometimento da funcionalidade simboliza, para os sobreviventes, a perda da identidade (EILERTSEN; KIRKEVOLD; BJØRK, 2010; MEIJERING; NANNINGA; LETTINGA; 2016) e do controle sobre a própria vida (THOMPSON; RYAN, 2009; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Como resultado do conflito de identidade e do sentimento de ser incapaz de gerir a própria vida, os sobreviventes

do AVC descrevem suas vidas como estressante, desafiadora e difícil de lidar (CH'NG; FRENCH; MCLEAN, 2008; FALLAHPOUR et al., 2013).

Conforme evidenciado no presente estudo, os ganhos na funcionalidade estão relacionados à redução do estresse psicológico nos sobreviventes do AVC durante os seis primeiros meses após a alta hospitalar para casa. Essa relação pode ser explicada pelos sentimentos despertados nos sobreviventes ao se tornarem mais independentes. No estudo sobre a experiência dos sobreviventes do AVC três meses após a alta para casa, os sobreviventes relataram sentimento de alívio à medida que apresentaram ganhos na funcionalidade, mesmo diante de uma recuperação mínima de ordem física ou cognitiva (SIMONE et al., 2015).

White et al. (2012), ao analisar a trajetória do sofrimento psíquico no primeiro ano após o AVC, também evidenciaram que ganhos na funcionalidade suscitaram nos sobreviventes uma sensação de estar no controle novamente. Em um estudo qualitativo que examinou, a partir da perspectiva do sobrevivente, o processo de reintegração à comunidade durante o primeiro ano após a alta, foi constatado que a realização de atividades, tais como: vestir e alimentar-se sem assistência, aumentam a autoconfiança dos sobreviventes do AVC (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Diante disso, aventa-se que os sentimentos despertados pelos ganhos da funcionalidade fazem com que os sobreviventes reavaliem a situação e deixem de considerá-la estressante ou a percebam como menos estressante à medida que ela evolui.

O segundo e último preditor do estresse psicológico, encontrado no presente estudo, foi a depressão. Sobreviventes do AVC com maior número de sintomas depressivos na primeira avaliação apresentaram maiores níveis de estresse seis meses após a alta. Ademais, foi verificado que a redução do estresse estava relacionada à diminuição dos sintomas depressivos no decorrer dos seis meses após a alta. Os achados do presente estudo corroboram com o estudo de Ostwald, Swank e Khan (2008) que, ao investigarem os preditores do estresse percebido de 97 sobreviventes do AVC imediatamente após a alta para casa, constataram que elevados níveis de estresse estavam associados a maior número de sintomas depressivos.

Num estudo realizado no Brasil, Santos et al. (2015) também verificaram a relação entre a depressão e o estresse psicológico nos sobreviventes do AVC. A íntima relação entre o estresse psicológico e a depressão é bem aceita na literatura

(BAO; MEYNEN; SWAB, 2008; CAPSI et al., 2003; KENDLER; KARKOWSKI; PRESCOTT, 1999, LIM et al., 2015). Apesar de essa relação ter sido considerada por muitos anos unidirecional, ao postular que o estresse antecedia a depressão, fortes evidências científicas apontam que a hipótese de que a depressão causa estresse também é verdadeira (CHUN; CRONKITE; MOOS, 2004; HAMMEN, 1991; HAMMEN, 2006; KERCHER; RAPEE; SCHNIERING, 2009; LIU; ALLOY, 2010; SHIH; ABELA; STARRS, 2009; SHIH, 2006; ORTH; ROBINS; MEIER, 2009). O efeito da depressão na geração do estresse foi documentado em estudos com crianças e adolescentes (CLEMENTS; ABER; SEIDMAN, 2008; HANKIN; MERMELSTEIN; ROESCH, 2007; KERCHER; RAPEE, 2009; KERCHER; RAPEE; SCHNIERING, 2009; SHIH; ABELA; STARRS, 2009), mulheres recém-casadas (DAVILA et al., 1997), adultos (DALEY et al., 1998) e populações geriátricas (MOOS et al., 2005).

É de suma importância ressaltar que o estresse psicológico não é causado apenas pela depressão clínica, mas também por sintomas depressivos subclínicos. Krackow e Rudolph (2008), em um estudo com pacientes com depressão clínica e sintomas subclínicos, evidenciaram que os pacientes dessas categorias experimentaram maior nível de estresse quando comparados aos assintomáticos. A partir dessa comparação direta, o estudo ratificou que, embora de um modo menos grave do que a depressão clínica, a sintomatologia subclínica também pode exercer uma influência negativa sobre os indivíduos ao contribuir para o desenvolvimento do estresse.

A relação de causalidade entre a depressão e o estresse psicológico pode ser explicada por meio da Teoria Transacional de Estresse e Enfrentamento (LAZARUS, FOLKAMAN, 1984). Nesse modelo, Lazarus e Folkman postulam que, a partir da avaliação da situação estressante (avaliação primária) e dos recursos disponíveis para lidar com ela (avaliação secundária), os indivíduos escolhem o enfrentamento a ser utilizado a fim de gerenciar e diminuir o estresse (LAZARUS, FOLKAMAN, 1984). Há evidências de que pessoas depressivas apresentam recursos de enfrentamento diminuídos e, usualmente, adotam estratégias maladaptativas diante de situações estressantes (CHAVES; CADE, 2002; KUYKEN; BREWIN, 1994; COYNE; ALDWIN; LAZARUS, 1981; IOVA et al., 2014; LIM et al., 2015), sendo a fuga-evitação uma das estratégias de enfrentamento mais utilizada por essa população (CHAVES;

CADE, 2002; COYNE; ALDWIN; LAZARUS, 1981; KUYKEN; BREWIN, 1994; IOVA et al., 2014).

Alguns estudos têm demonstrado o papel do enfrentamento maladaptativo no desenvolvimento do estresse. Em um estudo sobre o enfrentamento fuga-evitação ao longo de um período de 10 anos, foi observado que esse tipo de enfrentamento na avaliação inicial foi preditor de estresse agudo e crônico quatro anos mais tarde (HOLAHAN et al., 2005). Barker (2007) também constatou que a fuga-evitação foi prospectivamente associada a experiências estressantes num intervalo de quatro semanas. Posto isso, infere-se que o enfrentamento desempenha um papel mediador na relação de causalidade entre a depressão e o estresse, deduzindo que o mecanismo se dê da seguinte forma: indivíduos depressivos apresentam recursos diminuídos para lidar com a situação e/ou adotam estratégias de enfrentamento mal adaptativas, o que, por conseguinte, reduz de maneira ineficaz o estresse.

O déficit neurológico e a presença do cuidador foram outras variáveis estudadas como possíveis preditores do estresse psicológico no presente estudo. Foi evidenciado que os sobreviventes com AVC moderado e com cuidador apresentaram maiores níveis de estresse quando comparados, respectivamente, aos com AVC leve e sem cuidador em todos os momentos da avaliação. Contudo, ao realizar a regressão linear e levar em consideração a funcionalidade, o efeito preditor dessas variáveis sobre o estresse não foi confirmado. Apesar de a presença do cuidador não ter sido confirmada como preditor do estresse, estudos qualitativos indicam que o cuidador apresenta papel primordial na recuperação do sobrevivente do AVC, a depender da relação que ele estabelece com o sobrevivente. Ao oferecerem o apoio adequado e proporcionarem oportunidades para que os sobreviventes tentem realizar as atividades de forma independente, os cuidadores contribuem para que os sobreviventes sintam-se no controle de suas vidas. Em contrapartida, ao superprotegerem, geram, nos sobreviventes, sentimento de impotência e frustração (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010). Dessa forma, sugere-se que, dentro da categoria dos sobreviventes com cuidador, o nível de estresse pode variar de acordo com a relação estabelecida entre eles. Ostwald et al. (2009), em seu estudo sobre o estresse psicológico, evidenciaram que sobreviventes do AVC que percebiam ter uma forte relação positiva com seu cuidador apresentaram menor nível de estresse um ano após a alta hospitalar. No que concerne ao déficit neurológico, à luz da premissa de que o corpo é meio pelo qual são construídas as

concepções de identidade (CORBIN; STRAUSS, 1987), esperava-se que essa variável fosse preditora do estresse nos sobreviventes do AVC, uma vez que as sequelas decorrentes do AVC ocasionariam uma ruptura na identidade. Apesar disso, a relação entre o corpo e a identidade ocorre por meio da capacidade de realizar atividades (KOUWENHOVEN et al., 2011), expressa pela funcionalidade. Por conseguinte, a funcionalidade apresentou efeito mediador na relação entre o déficit neurológico e o estresse.

Nenhuma variável sociodemográfica (idade, sexo, escolaridade, renda) apresentou associação com o estresse psicológico no presente estudo, o que contesta achados descritos anteriormente na literatura (ANDREOU et al., 2011; BAK et al., 2012; COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988; NIELSEN et al., 2008). Em geral, maior nível de estresse psicológico está associado a mulheres (ANDREOU et al., 2011; COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988), menor idade (ANDREOU et al., 2011; COHEN; WILLIAMSON, 1988; COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; NIELSEN et al., 2008; TRIGO et al. 2010) e ao baixo nível de escolaridade e renda (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012; COHEN; WILLIAMSON, 1988; TRIGO et al. 2010).

A investigação das variáveis “idade”, “escolaridade” e “renda” no presente estudo ficaram prejudicadas devido à distribuição dos participantes nas categorias. Na amostra, houve predomínio de idosos mais jovens, com baixo nível de escolaridade e baixa renda, o que pode ter comprometido a comparação efetiva entre os pares quanto ao nível do estresse psicológico.

De forma semelhante, as comorbidades e a participação na reabilitação também não apresentaram relação com o estresse psicológico dos sobreviventes do AVC. A avaliação das comorbidades por meio do número de doenças registradas no prontuário médico não traduziu o impacto e a gravidade dessas doenças no dia a dia dos sobreviventes, o que pode ter comprometido a investigação da relação entre comorbidade e estresse. Seria válido utilizar métodos consagrados na literatura, como o Índice de Liu (LIU; DOMEN; CHINO, 1997) e o Índice de Comorbidade de Charlson (GOLDSTEIN et al., 2004), que consideraram o número e a gravidade das comorbidades. O método de avaliação da participação na reabilitação também foi defectível, uma vez que consistiu em apenas uma pergunta se o sobrevivente participava de alguma atividade de reabilitação, sendo ignorada a frequência, especialidade e características do serviço.

Além do método de avaliação de algumas variáveis (comorbidade, participação na reabilitação) e da distribuição dos participantes nas categorias das variáveis sociodemográficas, outras limitações devem ser levadas em consideração no presente estudo. Primeiro, o pequeno tamanho da amostra pode gerar imprecisão em algumas estimativas. Segundo, sobreviventes do AVC com déficit cognitivo ou afasia foram excluídos do estudo, o que impede a generalização dos resultados para essas populações. Sugere-se que novos estudos longitudinais sobre a temática sejam conduzidos a fim de sanar as limitações do presente estudo e preencher as lacunas de conhecimento.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados do estudo sobre a trajetória e preditores do estresse psicológico nos idosos sobreviventes do AVC nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, conclui-se que:

- O estresse psicológico dos sobreviventes do AVC diminuiu no decorrer dos seis primeiros meses após a alta hospitalar para casa ($p < 0,001$);
- Não houve relação entre o estresse psicológico e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e renda) duas semanas, três meses e seis após a alta;
- Não houve relação entre o estresse psicológico e número de comorbidades duas semanas, três meses e seis após a alta;
- Não houve relação entre o estresse psicológico e a “participação na reabilitação” duas semanas, três meses e seis após a alta;
- Os idosos sobreviventes do AVC com cuidador apresentaram maior nível de estresse quando comparados aos sem cuidador duas semanas ($p = 0,003$), três meses ($p < 0,001$) e seis após a alta ($p = 0,02$);
- Os idosos sobreviventes do AVC com déficit neurológico grave apresentaram maior nível de estresse quando comparados aos com déficit neurológico leve duas semanas ($p = 0,001$), três meses ($p = 0,006$) e seis após a alta ($p < 0,001$);
- Os idosos sobreviventes do AVC com depressão apresentaram maior nível de estresse em relação aos sem depressão duas semanas ($p < 0,001$), três meses ($p < 0,001$) e seis após a alta ($p < 0,001$);
- A redução do estresse psicológico apresentou relação com ganhos na funcionalidade ($p = 0,04$) e redução de sintomas depressivos ($p < 0,001$) no decorrer dos seis meses após a alta;
- Ao realizar a regressão linear, não foi confirmado o efeito preditor das variáveis “presença do cuidador” e “déficit neurológico” sobre o estresse psicológico;
- Menor funcionalidade ($p = 0,015$) e maior número de sintomas depressivos ($p = 0,01$), duas semanas após a alta, foram preditores de maior nível de estresse psicológico seis meses após a alta.

Diante dos achados do presente estudo, propõe-se que os enfermeiros planejem e elaborem intervenções para promover ganhos na funcionalidade do sobrevivente do AVC por meio de novas estratégias e adaptações para realização das atividades

da vida diária.

Além disso, é necessário que rastreiem os sintomas depressivos nos sobreviventes do AVC e os encaminhem, quando necessário, para a equipe multidisciplinar a fim de que seja tratada precocemente a depressão. Ao atuar nessas duas linhas de frente, os enfermeiros promoverão a redução do estresse psicológico nos sobreviventes do AVC, assim como facilitarão a recuperação e reintegração deles à comunidade.

REFERÊNCIAS¹

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR6023.

ADLER, N.E. et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. **American Psychologist**, v. 49, p. 15–24, 1994.

ALDWIN, C.M. et al. Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the normative aging study. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v.51, n.4, p.179-188, 1996.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, 57(2b):421- 426, 1999.

_____. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.

AMBROSIO, L. et al. Living with chronic illness in adults: a concept analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 17-18, p. 2357-2367, 2015.

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. **Warning signs**. Am. Heart Assoc. 2013. Disponível em: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Learn-More-Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms_UCM_451207_Article.jsp#.Vsj3dPkrLIU Acesso: 20 fev. 2016.

_____. **Effects of stroke**. Am. Heart Assoc. 2015. Disponível em: <http://www.strokeassociation.org>. Acesso em: 20 out. 2015.

ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n.4, p. 623-645, 2013.

ANDREOU, E. et al. Perceived stress scale: reliability and validity study in Greece. **International Journal Environmental Research Public Health**, v. 8, n. 8, p. 3287–3298, 2011.

BAK, C.K. et al. The association between socio-demographic characteristics and perceived stress among residents in a deprived neighbourhood in Denmark. **European Journal Public Health**, v. 22, n. 6, p. 787-92, 2012.

BARKER, D.B. Antecedents of stressful experiences: Depressive symptoms, self esteem, gender, and coping. **International Journal of Stress Management**, v. 14, p. 333-349, 2007.

BAO, A.M.; MEYNEYNEN, G.; SWAAB, D.F. The stress system in depression and neurodegeneration: Focus on the human hypothalamus. **Brain Research Reviews**, v. 57, p. 531-553, 2008.

BLACK, E.S. Quality of Life Following Stroke: Negotiating Disability, Identity, and Resources. **Journal Applied Gerontology**, v. 24, p. 319-336, 2005.

BRUCKI, S. et al. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.

BURTON, C. Living with stroke: a phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, p. 301-9, 2000.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-82, 1982.

CABRAL, N.L. et al. Trends of Stroke Incidence from 1995 to 2013 in Joinville, Brazil. **Neuroepidemiology**, v. 46, n. 4, p. 273-81, 2016.

CAMBOTA, J.N.; ROCHA, F.F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisae Planejamento Econômico**, v. 45, n. 2, 2015.

CAPSI, A. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. **Science**, v. 301, p. 386-389, 2003.

CAROD-ARTAL, F.J.; EGIDO, J.A. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. **Cerebrovascular Disease**, v. 27, p. 204–14, 2009.

CARLSSON, G.E.; MOLLER, A.; BLOMSTRAND, C. Managing an everyday life of uncertainty--a qualitative study of coping in persons with mild stroke. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 10, p. 773-782, 2009.

CHAVES, E.C.; CADE, N.V. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. **Revista brasileira de Terapia comportamental e cognitiva**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2002.

CH'NG, A.M; FRENCH, D.; McLEAN, N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. **Journal of Health Psychology**, v. 13, n. 8, p. 1136-46, 2008.

CINCURA C. et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. **Cerebrovascular Disease**, v. 27, n. 2, p.119-122, 2009.

CHUN, C.A.; CRONKITE, R.C.; MOOS, R.H. Stress generation in depressed patients and community controls. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 23, p. 390–412, 2004.

CLARKE, P. Towards a greater understanding of the experience of stroke: Integrating quantitative and qualitative methods. **Journal of Aging Studies**, v. 17, p. 171–187, 2003.

CORBIN, J.M.; STRAUSS, A.L. Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography and biographical time. **Research in the Sociology of Health Care**, v. 6, p. 249-281, 1987.

CORBIN, J.M.; STRAUSS, A.L. **A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework**. In P. Woog (Ed.), *The chronic illness trajectory framework*. New York: Springer, P. 9 – 28, 1992.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COHEN, S.; JANICKI-DEVERTS, D. Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. **Journal of Applied Social Psychology**, v.42, n. 6, p. 1320–1334, 2012.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G.M. **Perceived Stress in a Probability Sample of United States**. In: Spacapan S, Oskamp S, editores. The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology. Newbury Park, CA: Sage; p 31-67, 1988.

COYNE, J.C., ALDWIN, C.; LAZARUS, R.S. Depression and coping in stressful episodes. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 90, p.439-447, 1981.

DALEY, S.E. et al. Axis II symptomatology, depression, and life stress during the transition from adolescence to adulthood. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, p. 595–603, 1998.

DATASUS. **Sistema Único de Saúde**. 2015. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 10 set. 2016.

DATASUS. **Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM)**. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def> . Acesso em: 20 set. 2016.

DAVILA, J., et al. Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, p. 849–861, 1997.

DIEHL, M.; HAY, E.L. Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. **Developmental Psychology**, v. 46, p. 1132, 2010.

DUNCAN, P.W. et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. **Stroke**, v. 36, n. 9, p. 100-143, 2005.

EILERTSEN, G.; KIRKEVOLD, M.; BJORK, I.T. Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2004–13, 2010.

ELLIS-HILL, C. et al. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 2, p. 61- 72, 2009.

EZZATI, A.. et al. Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. **International Journal Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 645–652, 2014.

FAIRCLOTH, C.A. et al. Sudden illness and biographical flow in narratives of stroke recovery. **Sociology of Health & Illness**, v. 26, p. 242–261, 2004.

FALLAHPOUR, M. et al. "I am not living my life": lived experience of participation in everyday occupations after stroke in Tehran. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 45, n. 6, p.528-34, 2013.

FEIGIN, V.L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 245–254, 2014.

FISCHER, U. et al. What is a minor stroke? **Stroke**, v. 41, p. 661-666, 2010.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANKEL, M.R. et al. Predicting prognosis after stroke: a placebo group analysis from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Trial. **Neurology**, v. 55, p. 952–959, 2000.

FRASER, C. The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 31, n. 1, p. 9–16, 1999.

GOLDSTEIN, L.B. et al. Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. **Stroke**, New York, v. 35, n. 8, p. 1941–1945, 2004.

HAMMEM, C. Generation of stress in the course of unipolar depression. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 100, p. 555–561, 1991.

_____. Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, p. 1065–1082, 2006.

HENDRICKS, H.T. et al. Motor recovery after stroke: a systematic review of the literature. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 83, n. 11, p. 1629-1637, 2002.

HILTON, E.L. The meaning of stroke in elderly women: A phenomenological investigation. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 28, p. 19–26, 2002.

HOLAHAN, C.J. et al. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, p. 685-666, 2005.

HOMANN, D. et al. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 52, n. 3, p.319-330, 2012.

HOMMEL, M. et al. Social dysfunctioning after mild to moderate first-ever stroke at vocational age. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v.80, p.371–5, 2009.

IOVA, S. et al. Impact of depression on coping strategies in multiple sclerosis patients. **Human & Veterinary Medicine International Journal of the Bioflux Society**, v. 6, n. 4, 2014.

JOWSEY, T. et al. Time to manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. **Sociology of Health and Illness**, v. 38, n. 6, p. 854-873, 2016.

KANNEL, W.B. Framingham study insights into hypertensive risk of cardiovascular disease. **Hypertension Research**, v. 18, p. 181-96, 1995.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1416-1426, 2015.

KERCHER, A.; RAPEE, R.M.; SCHNIERING, C.A. Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 37, p. 903–915, 2009.

KIRKEVOLD, M. The unfolding illness trajectory of stroke. **Disability and Rehabilitation**, v. 24, p. 887- 898, 2002.

KELLY-HAYES, M. et al. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 12, n. 3, p. 119-126, 2003.

KENDLER, K.S.; KARKOWSKI, L.M.; PRESCOTT, C.A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 837–841, 1999.

KOUWENHOVEN, S.E. et al. The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: a longitudinal perspective. **International Journal of Qualitative Studies on Health Well-Being**, v. 6, p. 1–13, 2011.

KRACKOW, E.; RUDOLPH, K.D. Life stress and the accuracy of cognitive appraisals in depressed youth. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 37, p. 376–385, 2008.

KRISHNAMURTHI, R.V. et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet Global Health**, v. 1, n. 5, p. e259-81, 2013.

KUYKEN, W.; BREWIN, C.R. Stress and Coping in Depressed Women. **Cognitive Therapy and Research**, v. 18, n. 5, 1994.

KWAKKEL, G.; KOLLEN, B.J. Predicting activities after stroke: what is clinically relevant?. **International Journal of Stroke**, v. 8, n.1, p. 25-32, 2013.

LAZARUS, R.S.; COHEN, J.B. **Environmental stress**. In I. Altman and J. F. Wohlwill (Eds.), Human behavior and the environment: Current theory and research. New York: Plenum, 1977.

LAZARUS, R.S.; DELONGIS, A. Psychological stress and coping in aging. **American psychologist**, v. 38, n.3, p. 245, 1983.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Nova Iorque: Springer Publishing, 1984.

LIM, M.L. et al. Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. **Aging Mental Health**, v. 19, n. 11, p. 1005- 1014, 2015.

LIU, M.; DOMEN, K.; CHINO, N. Comorbidity measures for stroke outcome research: a preliminary study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 78, n. 2, p. 166–172, 1997.

LOBECK, M.; THOMPSON, A.R.; SHANKLAND, M.C. The experience of stroke for men in retirement transition. **Qualitative Health Research**, v. 15, n. 8, p. 1022-1036, 2005.

LOTUFO, P.A. et al. A reappraisal of stroke mortality trends in Brazil (1979-2009). **International Journal of Stroke**, v. 8, n.3, p. 155- 63, 2013.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-128, 2012.

LUENGO-FERNANDES, R. et al. Population-based study of disability and institutionalization after transient ischemic attack and stroke: 10-year results of the Oxford Vascular Study. **Stroke**, v. 44, n. 10, p. 2854-61, 2013.

LUFT, C.D.B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

LUMSDEN, D.P. **Is the concept of "stress" of any use, anymore?** In D. Randall (Ed.), Contributions to primary prevention in mental health: Working papers. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association, 1981.

MEIJERING, L.; NANNINGA, C.S.; LETTINGA, A.T. Home-making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors. **Health Place**, v. 37, p. 35-42, 2016.

MILLER, E.L. et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. **Stroke**, v. 41, p. 2402–2448, 2010.

MOOS, R.H. et al. The interplay between life stressors and depressive symptoms among older adults. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 60B, p. 199–206, 2005.

MUNRO, B.H. **Statistical methods for health care research**. 4 th ed. Philadelphia; Lippincott, 2001.

MURRAY, C.J.L. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. **The Lancet**, v. 386, n. 10009, p. 2145-2191, 2015.

NAKAYAMA, H. et al. The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study. **Stroke**, v. 25, n. 4, p. 808-813, 1994.

NASRIN, N. et al. Exploring the Experiences of Living With Stroke Through Narrative: Stroke Survivors' Perspectives. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 3, p. 1– 9, 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE RT-PA STROKE (NINDS) Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. **New England Journal Medicine**, v. 333, n. 24, p. 1581-1587, 1995.

NIELSEN, L. et al. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. **Scandinavian Journal Public Health**, v. 36, n. 4, p. 369-79, 2008.

OLOFSSON, A.; ANDERSSON, S.O.; CARLBERGN, B. 'If only I manage to get home I'll get better'--interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. **Clinical Rehabilitation**, v. 19, n. 4, p. 433-40.

OSMANOVIC-THUNSTROM, A.. et al. Do levels of perceived stress increase with increasing age after age 65? A population-based study. **Age Ageing**, v.44, p. 828-834, 2015.

OSTFELD, A. A review of stroke epidemiology. **Epidemiologic reviews**, Baltimore, v. 2, p. 136-141, 1980.

OSTWALD, S.K., SWANK, P.R., KHAN, M.M. Predictors of functional independence and stress level of stroke survivors at discharge from inpatient rehabilitation. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 23, n. 4, p. 371- 377, 2008.

OSTWALD, S.K. et al. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. **Topic in Stroke Rehabilitation**, v. 16, n. 2, p. 93-104, 2009.

PAOLUCCI, S. et al. Aging and stroke rehabilitation: a case-comparison study. **Cerebrovascular Disease**, v. 15, n. 1-2, p. 98-105, 2013.

PAREDES, A.M. et al. Health-Related Quality of Life Trajectories over the First Year after Stroke in Colombia, South America. **Topics of Stroke Rehabilitation**, v. 17, p. 1-7, 2016.

PEARLIN, L.I.; SKAFF, M.M. *Stress and the life course: a paradigmatic alliance*. **Gerontologist**, v. 36, n. 2, p. 239-47, 1996.

PRICE, P. et al. "Still there is beauty": one man's resilient adaptation to stroke. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 9, p. 111-117, 2012.

PUTAALA, J. et al. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. **Stroke**, v. 40, p. 1195-1203, 2009.

PUTAALA, J. et al. Demographic and geographic vascular risk factor differences in European young adults with ischemic stroke: the 15 Cities Young Stroke Study. **Stroke**, v. 43, p. 2624-2630, 2012.

RIBERTO M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n.1, p. 45-52, 2001.

RITTMAN, M. et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 41, n. 3a, p. 259-268, 2004.

RITTMAN, M. et al. Transition experiences of stroke survivors following discharge home. **Topic in Stroke Rehabilitation**, v. 14, n. 2, p. 21 - 31, 2007.

ROCHETTE, A. et al. Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of a phenomenological orientation. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 29, n. 3, p. 247- 249.

SACCO, R.L.; WOLF, P.A.; GORELICK, P.B. Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond. **Neurology**, v.53, p. 15-24, 1999.

SACCO, R.L. et al. An updated definition of stroke for the 21st century a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 44, n. 7, p. 2064-2089, 2013.

SACCO, R.L. et al. Risk factors – Stroke. **Stroke**, v. 28, p. 1507- 1517, 1997.

SALTER, K. et al. The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 8, p. 595-602, 2008.

SATINK, T. et al. Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, n. 6, p 1171-83.

SANTOS, E.B. et al. Perceived stress in elderly stroke survivors after hospital discharge to home. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015.

SARRE, S. et al. A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 9, 2014.

SELYE, H. **The stress of life**. New York, McGraw_hill Book CO., Inc, 2 ed, 1976.

SHIH, J.H.; ABELA, J.R.Z.; STARRS, C. Cognitive and interpersonal predictors of stress generation in children of affectively ill parents. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 37, p. 195–208, 2009.

SIMEONE, S. et al. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 14, n. 2, p. 162 – 169, 2015.

SKOLARUS, L.E. et al. Understanding Stroke Survivorship: Expanding the concept of post-stroke disability. **Stroke**, v. 45, n.1, p. 224–230, 2014.

SMAJLOVIĆ, D.Ž. et al. Characteristics of stroke in young adults in Tuzla Canton, Bosnia and Herzegovina. **Collegium Antropologicum**, v. 37, p. 515–519, 2013.

SUDLOW, CLM; WARLOW, C.P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types. Results from an international collaboration. **Stroke**, v. 28, p. 491-499, 1997.

SCOTT, S.B.; JACKSON, B.R.; BERGEMAN, C. What contributes to perceived stress in later life? A recursive partitioning approach. **Psychology and Aging**, v. 26, p. 830–43, 2011.

STONE, A.A. et al. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 107, p. 9985–90, 2010.

TAK, S.H.; HONG, S.H.; KENNEDY, R. Daily stress in elders with arthritis. **Nursing and Health Science**, v. 9, n. 1, p. 29-33, 2007.

TEASELL, R.; HUSSEIN, N. Clinical consequences of stroke. **Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation (www.ebrsr.com)**, 2013.

THOMPSON, H.S.; RYAN, A. The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p.1803–11, 2009.

TRIGO, M. et al. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. **Psychologica**, v. 53, p. 353–378, 2010.

VAHEDI, K. et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. **Lancet Neurology**, v. 6, n. 3, p. 215 - 222, 2007.

VEERBEEK, J.M. et al. Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke a systematic review. **Stroke**, v. 42, n.5, p. 1482-1488, 2011.

VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 1, p. 1-12, 2015.

WADE, D. **Measurement in neurological rehabilitation**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

WARLOW, C. et al. **Stroke: practical management**, 3rd edn. Oxford: Blackwell Publishing, 2008.

WHITE, J.H. et al. Trajectories of psychological distress after stroke. **Annals Family Medicine**, v. 10, n. 5, p. 435-342, 2012.

WINSTEIN, C.J. et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 47, n. 6, p.e98-e169, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing Chronic Diseases: a vital investment**. WHO global report. 2005.

WHO MONICA Project Investigators. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 41, p. 105-114. 1988.

WOLF, P.A.; ABBOTT, R.D.; KANNEL, W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. **Stroke**, v. 22 , p. 983–988, 1991.

WOOD, J.P; CONNELLY, D.M., MALY, M.R. 'Getting back to real living': A qualitative study of the process of community reintegration after stroke. **Clinical Rehabilitation**, v. 24, n. 11, 2010.

WOTTRICH, A.W.; ASTROM, K.; LOFGREN, M. On parallel tracks: newly home from hospital--people with stroke describe their expectations. **Disability and Rehabilitation**, v. 34, n. 14, p. 1218- 1224, 2012.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ZHANG, M.; SIMON, M.A.; DONG, X. The prevalence of perceived stress among US Chinese older adults. **AIMS Medical Science**, v.1, n.1, p. 40–56, 2014.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Eu, Emanuella Barros dos Santos, aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, desenvolvo a pesquisa “Preditores de Estresse Percebido dos Idosos após o Acidente Vascular Cerebral” sob orientação da profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, que tem por objetivo identificar os fatores que contribuem para o surgimento ou aumento do estresse entre os idosos que sobreviveram ao AVC.

Portanto, convidamos o(a) Senhor(a) para participar dessa pesquisa. A sua participação nessa pesquisa dependerá da pontuação obtida no questionário chamado Mini-exame do Estado Mental. Caso atinja a pontuação adequada no Mini-exame do Estado Mental, seguiremos a entrevista da pesquisa, o que pode durar de 40 a 50 minutos, dependendo de sua disponibilidade. Conversaremos com o(a) Sr(a) em três momentos. As três entrevistas, correspondente a 14 dias, 3 meses e 6 meses após a alta, serão realizadas no seu domicílio e agendadas previamente conforme sua disponibilidade. O(a) Sr(a) não precisará se locomover, não terá gastos com isso e não haverá qualquer gratificação para participar do estudo.

Se o(a) sr (a) concordar em participar do estudo, deverá assinar este termo de consentimento e ficar com uma cópia assinada. Caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo por parte da pesquisadora ou da instituição de saúde, deixamos abaixo o telefone.

Sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) e os outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa. Entre os possíveis desconfortos como responder às perguntas durante a entrevista ou o não conseguir realizar algum teste o idoso receberá suporte dos entrevistadores e caso necessário será suspensa a entrevista e retornaremos de acordo com a disponibilidade.

Ao finalizar o estudo, os resultados não beneficiarão diretamente o idoso, a contribuição será para melhoria das estratégias das políticas públicas junto à população idosa e serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como

Assinatura do Idoso

ANEXO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

<p>A1) Idade _____(anos completos)</p> <p>Data de nascimento ____/____/____</p>
<p>A2) Sexo</p> <p>(1) Masculino (2) Feminino</p>
<p>A3) Qual é a cor da sua pele?</p> <p>(1) Branca (4) Preta</p> <p>(2) Parda (5) Indígena</p> <p>(3) Amarela (99) NS/NR</p>
<p>A4) Qual seu estado civil?</p> <p>(1) Solteiro (a)</p> <p>(2) Casado (a)</p> <p>(3) Divorciado (a)/desquitado(a)</p> <p>(4) Separado (a)</p> <p>(5) Viúvo (a)</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A5) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir:</p> <p>(1) mesmo local (2) mais de um local (99) NS/NR</p>
<p>A 6) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)? _____</p>
<p>A 7) Com quem o Sr (a) mora:</p> <p>(1) Sozinho</p> <p>(2) Somente com o cônjuge</p> <p>(3) Cônjuge e filho(s)</p> <p>(4) Cônjuge, filhos, genro ou nora</p> <p>(5) Somente com o(s) filho(s)</p> <p>(6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)</p> <p>(7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)</p> <p>(8) Somente com os netos (sem filhos)</p> <p>(9) Não familiares</p> <p>(10) Outros (especifique)_____</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A 8) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio?</p> <p>(1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR</p>
<p>A 9) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me:</p> <p>(1) O sr.(a) veio morar aqui</p> <p>(2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)?</p> <p>(88) Não se aplica</p> <p>(99) NS/NR</p>

<p>A10) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2)</p> <p>(1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais</p> <p>(2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos</p> <p>(3) Estar perto dos serviços de saúde</p> <p>(4) Medo da violência</p> <p>(5) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a)</p> <p>(6) Por união conjugal</p> <p>(7) Por separação conjugal</p> <p>(8) Custo da moradia/situação financeira</p> <p>(9) Precisava de cuidado</p> <p>(10) Outro</p> <p>(88) Não se aplica</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A11) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A12) O Sr(r) tem cuidador?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>
<p>A13) Quem é o seu cuidador?</p> <p>(1) Cônjuge</p> <p>(2) Cônjuge e filho (s)</p> <p>(3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora</p> <p>(4) Somente com o(s) filho(s)</p> <p>(5) Outro idoso</p> <p>(6) Cuidador particular</p> <p>(7) Outros (especifique) _____</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A14) Qual é a sua religião?</p> <p>(0) Nenhuma</p> <p>(1) Católica</p> <p>(2) Protestante ou Evangélica</p> <p>(3) Espírita</p> <p>(4) Judaica</p> <p>(05) Outra (especifique) _____</p> <p>(99) NS/NR</p>
<p>A15) Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) utiliza como primeira opção?</p> <p>(1) SUS</p> <p>(2) Convênio de saúde</p> <p>(3) Particular</p>

(4) Farmácia

(5) Benzedeira

(6) Outro (especifique) _____

(88) Não se aplica

(99) NS/NR

PERFIL SOCIAL

A1a) O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR A1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ ANOS (Se nenhum, colocar "0")
A2) Qual é a renda mensal em reais: Idoso: _____
A3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR A3a) Aposentadoria A3b) Pensão A3c) Aluguel A3d) Trabalho Próprio A3e) Doações (família, amigos, instituições) A3f) Outras _____

ANEXO B – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

<p>B1) Qual é o tipo de AVC?</p> <p>(1) Hemorrágico (2) Isquêmico (3) Não relatado no prontuário</p>
<p>B2a) É o primeiro AVC?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) NS/NR</p>
<p>B2b) Quantos episódios de AVC você já teve? _____ AVC</p> <p>(Se sim, colocar “0”; informação indisponível : 99)</p>
<p>B3) Qual a data do último episódio de AVC? ____/____/____</p>
<p>B4) B4a) Data da Admissão Hospitalar ____/____/____</p> <p>B4b) Data da Alta Hospitalar ____/____/____</p>
<p>B5) Está participando de alguma atividade de reabilitação?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) NS/NR</p>

ANEXO C - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Ano	() acertou	() errou	() Não sabe
Semestre	() acertou	() errou	() Não sabe
Mês	() acertou	() errou	() Não sabe
Dia	() acertou	() errou	() Não sabe
Dia da semana	() acertou	() errou	() Não sabe

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

Nome da rua	() acertou	() errou	() Não sabe
Número da casa	() acertou	() errou	() Não sabe
Bairro	() acertou	() errou	() Não sabe
Cidade	() acertou	() errou	() Não sabe
Estado	() acertou	() errou	() Não sabe

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas..

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Árvore	() conseguiu	() não conseguiu
Mesa	() conseguiu	() não conseguiu
Cachorro	() conseguiu	() não conseguiu

Número de repetições _____

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100-7=93	() acertou	() errou	() Não sabe
93-7=86	() acertou	() errou	() Não sabe
86-7=79	() acertou	() errou	() Não sabe
79-7=72	() acertou	() errou	() Não sabe
72-7=65	() acertou	() errou	() Não sabe

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção – Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação) – ODNUM

() acertou	() errou	() Não sabe
-------------	-----------	--------------

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.

Árvore	() acertou	() errou	() Não sabe
Mesa	() acertou	() errou	() Não sabe
Cachorro	() acertou	() errou	() Não sabe

C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	() acertou	() errou	() Não sabe
Relógio	() acertou	() errou	() Não sabe

C7) Repita a frase que vou lhe dizer – (*Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente*). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

Conseguiu ()	Não conseguiu ()
---------------	-------------------

C8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (*permita 10 seg*).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

C9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	() acertou	() errou	() Não sabe
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() Não sabe
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() Não sabe

C10) Diga ao idoso(a):

O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (*com começo, meio e fim*)? Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (ax. 30 seg).

C11) *Diga ao idoso(a):*

Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)

Pontuação Final: _____

ESCORE:

13 PONTOS: ANALFABETO

18 PONTOS: ESCOLARIDADE BÁSICA (1 A 4 ANOS)

26 PONTOS: ESCOLARIDADE MÉDIA (5 A 8 ANOS)

30 PONTOS: ESCOLARIDADE ALTA (9 OU MAIS ANOS)

DESENHO A SER REALIZADO PELO (A) IDOSO(A):

ANEXO D - Escala de AVC do *National Institutes Health* (NIHSS)

Instrução	Definição da escala
<p>D1) Nível de Consciência</p> <p>O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p><i>0 = Alerta; responde com entusiasmo.</i></p> <p><i>1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage.</i></p> <p><i>2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</i></p> <p><i>3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</i></p>
<p>D2) Perguntas de Nível de Consciência</p> <p>O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p><i>0 = Responde ambas as questões corretamente.</i></p> <p><i>1 = Responde uma questão corretamente.</i></p> <p><i>2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</i></p>
<p>D3) Comandos de Nível de Consciência</p> <p>O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a</p>	<p><i>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.</i></p> <p><i>1 = Realiza uma tarefa corretamente.</i></p> <p><i>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</i></p>

primeira tentativa é registrada.	
<p>D4) Melhor olhar conjugado</p> <p>Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada.</p> <p>Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.)</p>	<p><i>0 = Normal.</i></p> <p><i>1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar.</i></p> <p><i>2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</i></p>
<p>D5) Visual</p> <p>Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão.</p>	<p><i>0 = Sem perda visual.</i></p> <p><i>1 = Hemianopsia parcial.</i></p> <p><i>2 = Hemianopsia completa.</i></p> <p><i>3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</i></p>

<p>D6) Paralisia Facial</p> <p>Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p><i>0 = Movimentos normais simétricos.</i></p> <p><i>1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).</i></p> <p><i>2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face).</i></p> <p><i>3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</i></p>
<p>D7) Motor para braços</p> <p>D7a) ESQUERDA</p> <p>O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90º (se sentado) ou a 45º (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p><i>0 = Sem queda; mantém o braço 90º (ou 45º) por 10 segundos completos.</i></p> <p><i>1 = Queda; mantém o braço a 90º (ou 45º), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</i></p> <p><i>2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90º (ou 45º), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</i></p> <p><i>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca.</i></p> <p><i>4 = Nenhum movimento.</i></p> <p><i>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</i></p>
<p>D7b) DIREITA</p>	
<p>D8) Motor para pernas</p> <p>D8a) ESQUERDA</p> <p>A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30º (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-</p>	<p><i>0 = Sem queda; mantém a perna a 30º por 5 segundos completos.</i></p> <p><i>1 = Queda; mantém a perna a 30º, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</i></p> <p><i>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30º, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</i></p> <p><i>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca.</i></p>

<p>parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>
<p>D8b) DIREITA</p>	
<p>D9) Ataxia de membros</p> <p>Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em dois membros.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>

<p>D10) Sensibilidade</p> <p>Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dados somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1 a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda.</p> <p>1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>
<p>D11) Melhor linguagem</p> <p>Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>
<p>D12) Disartria</p> <p>Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada</p>

<p>anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p><i>que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico.</i></p> <p><i>NT = Intubado ou outra barreira física;</i></p> <p><i>explique_____</i></p>
<p>D13) Extinção ou Desatenção (antiga negligência)</p> <p>Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p><i>0 = Nenhuma anormalidade.</i></p> <p><i>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</i></p> <p><i>2 = Profunda hemi-desatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</i></p>

ANEXO E - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA 5- Supervisão 4- Dependência Mínima (indivíduo $\geq$ 75%) 3- Dependência Moderada (indivíduo $\geq$ 50%) 2- Dependência Máxima (indivíduo $\geq$ 25%) 1- Dependência Total (indivíduo $\geq$ 0%)	Ajuda
E.A - Auto-Cuidados		
E 1. Alimentação (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se alimentar)		
E 2. Higiene pessoal (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se escovar os dentes, escovar o cabelo, lavar as mãos, a face, barbear-se ou maquiar-se?)		
E 3. Banho (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para se lavar, enxaguar e secar?)		
E 4. Vestir-se acima da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir acima da cintura?)		
E 5. Vestir-se abaixo da cintura (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para vestir abaixo da cintura?)		
E 6. Uso do vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para ajustar as roupas antes e depois do uso do vaso sanitário e para se limpar?)		
E.B - Controle de Esfíncteres		
E 7. Controle da Urina (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar a urina?)		
E 8. Controle das Fezes (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para controlar as fezes?)		
E.C – Mobilidade		
<i>Transferências</i>		
E 9. Leito, cadeira, cadeira de rodas (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair da cama, cadeiras ou cadeira de rodas?)		
E 10. Vaso sanitário (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para sentar ou levantar do vaso sanitário?)		
E 11. Banheira ou chuveiro (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entrar ou sair do chuveiro ou banheira?)		
E.D – Locomoção		

E 12. Marcha / Cadeira de rodas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para locomover-se por 50 metros?
E 13. Escadas O Sr(a) precisa de alguma ajuda para subir e descer 12 a 14 degraus?
E.E – Comunicação
E 14. Compreensão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para entender idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Auditiva - Visual
E 15. Expressão (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para expressar idéias complexas ou abstratas, tais como problemas familiares, eventos atuais ou finanças familiares?) - Verbal - Não verbal
E.F - Cognição Social
E 16. Interação Social (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para interagir com outras pessoas durante ocasiões sociais e terapêuticas?)
E 17. Resolução de problemas (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para resolver problemas complexos como trabalhar com um check-list, contas ou confrontar problemas interpessoais?)
E 18. Memória (O Sr(a) precisa de alguma ajuda para lembrar-se de pessoas, tarefas ou pedidos?)
Total
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1

ANEXO F - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO – 10 ITENS (EEP-10)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
F1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
F2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
F3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
F4	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	4	3	2	1	0
F5	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	4	3	2	1	0
F6	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
F7	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	4	3	2	1	0
F8	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	4	3	2	1	0
F9	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
F10	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Fonte: Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) traduzido e validado para uma versão em português por Luft et al. (2007).

ANEXO G - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDS-15)

G.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim (0)	Não (1)
G.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim (1)	Não (0)
G.3) Você sente que sua vida está vazia?	Sim (1)	Não (0)
G.4) Você se aborrece com frequência?	Sim (1)	Não (0)
G.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim (0)	Não (1)
G.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim (1)	Não (0)
G.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim (0)	Não (1)
G.8) Você sente que sua situação não tem saída?	Sim (1)	Não (0)
G.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim (1)	Não (0)
G.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim (1)	Não (0)
G.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim (0)	Não (1)
G.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim (1)	Não (0)
G.13) Você se sente cheio de energia?	Sim (0)	Não (1)
G.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim (1)	Não (0)
G.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim (1)	Não (0)

ANEXO H

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREDITORES DE ESTRESSE PERCEBIDO DOS IDOSOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**Pesquisador:** Emanuella Barros dos Santos**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 17357713.2.0000.5393**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 707.886**Data da Relatoria:** 04/06/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de nova versão do projeto intitulado "Preditores de Estresse Percebido dos Idosos após o Acidente Vascular Cerebral", formulado em 16 páginas. O projeto é idêntico ao anterior, alterando-se, basicamente, o lugar da pesquisa [Não mais no Centro de Reabilitação Neurológica Sarah em Brasília, mas no Hospital de Base do Distrito Federal] e o número e a frequência de entrevistas com os sujeitos (são agora apenas três entrevistas). Para tanto, apresenta-se o Termo de Concordância firmado pelo Chefe da Neurologia do HBDF, que anui a uma pesquisa de duração de um ano e seis meses, com início em agosto de 2014, e adaptações no TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa seguem, então, os mesmos: prevê-se um método para identificar os preditores de estresse percebido dos idosos sobreviventes de AVC internados, agora, no HBDF. Pretende caracterizar o perfil sócio demográfico e clínico dos idosos, avaliar a independência funcional e sintomas depressivos dos idosos sobreviventes de AVC, conforme aponta em diversos objetivos específicos. Para tanto, o projeto descreve método apurado, tal qual já o fazia o projeto anterior.

Endereço: BANDEIRANTES 3900**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE**CEP:** 14.040-902**UF:** SP**Município:** RIBEIRÃO PRETO**Telefone:** (16)3602-3386**E-mail:** cep@eerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 707.886

traduzido e validado, conforme indica o projeto. O método revela análise estatística dos dados pelo SPSS 19.0.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora segue apresentando os mesmos itens do projeto, bem como cronograma e orçamento. Traz também autorização do responsável pela neurologia no novo local, o Hospital de Base paulistense, conforme já referido. Quanto ao TCLE, apresenta-se bastante completo e inova somente quanto às alterações do novo projeto (as três entrevistas, nos novos períodos de 02 semanas, 03 e 06 meses). De resto, mantém a mesma estrutura que já foi anteriormente aprovada, após as alterações que este CEP houvera recomendado, e que já foram descritas em parecer anterior. Recomenda-se apenas o cuidado de que o TCLE seja impresso em frente e verso.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações feitas no projeto não alteram de modo relevante questões de fundo ético, que devam ser novamente analisadas. As devidas adaptações foram feitas, em especial no TCLE, e as novas autorizações, referente à mudança do local do estudo, também foram regularizadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 03 de Julho de 2014

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREDITORES DE ESTRESSE PERCEBIDO DOS IDOSOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**Pesquisador:** Emanuella Barros dos Santos**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 17357713.2.3003.5553**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 737.761**Data da Relatoria:** 04/08/2014**Apresentação do Projeto:**

O projeto foi aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) e submetido ao CEP/FEPECS. Trata-se do projeto intitulado "Preditores de Estresse Percebido dos Idosos após o Acidente Vascular Cerebral", formulado em 16 páginas. O projeto é idêntico ao anterior, alterando-se, basicamente, o lugar da pesquisa é o Hospital de

Base do Distrito Federal] e o número e a frequência de entrevistas com os sujeitos são três entrevistas. Para tanto, apresenta-se o Termo de Concordância firmado pelo Chefe da Neurologia do HBDF, que anui a uma pesquisa de duração de um ano e seis meses, com início em agosto de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa: identificar os preditores de estresse percebido dos idosos sobreviventes de AVC internados, agora, no HBDF. Pretende caracterizar o perfil sócio demográfico e clínico dos idosos, avaliar a independência funcional e sintomas depressivos dos idosos sobreviventes de AVC, conforme aponta em diversos objetivos específicos.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora prevê como risco o desconforto ao idoso, prevendo pausa na entrevista se isso

Endereço: SMHN 2 Cd 501 BLOCO A - FEPECS**Bairro:** ASA NORTE**CEP:** 70.710-904**UF:** DF**Município:** BRASILIA**Telefone:** (61)3325-4955**Fax:** (33)3325-4955**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 737.761

ocorrer. Ressalta que, se houver identificação de algum outro sintoma, será indicado atendimento pelas áreas especializadas do hospital, como neurologia e psicologia. Os benefícios são genéricos, relativos aos resultados da pesquisa, conforme já aparece no projeto, permitindo melhor identificar o estresse nesse tipo de paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora expõe longamente sobre o processo de envelhecimento da população nacional, daí a importância de estudos relacionados às novas epidemias da chamada transição demográfica. Comprova que a incidência de AVC é muito maior em idosos, e dela há três desfechos possíveis: morte, sobrevivência sem comprometimento neurológico, ou sobrevivência com tal comprometimento. Lembra também que a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental é a ocorrência desse AVC com sequelas. A partir de então, define, com bibliografia bem específica, o processo de adaptação do idoso à nova realidade, com estresse gerado a si e a sua família. Ao final, demonstra que as sequelas resultantes do AVC chegam a impactar a própria identidade do paciente, pois ele pode ter alteradas as concepções sobre si mesmo, e justifica a necessidade de atenção a todos esses fatores com a pouca atenção que tem sido dada ao problema, até mesmo diante da – inicialmente analisada – alteração do perfil demográfico da população, em que se destaca o envelhecimento. Aponta o método como observacional longitudinal, prospectivo, de abordagem quantitativa. Seu projeto quer entrevistar os idosos de ambos os sexos admitidos no programa de Reabilitação Neurológica da referida rede de hospitais brasileiro, que tenham idade igual ou superior a 60 anos, tenham, agora, PRIMEIRO diagnóstico de AVC, residam no DF e tenham capacidade comprovada pelo Mini Exame Mental (MEEM). Exclui sujeitos que possuam diagnóstico de hemorragia subaracnoide, tenham comorbidade neurológica, residam em instituição de longa permanência para idoso ou sofram de afasia global grave. Também o Projeto explica bastante bem as três entrevistas a que pretende submeter os participantes, que agora vêm relativamente alteradas em relação aos períodos: duas semanas, 03 e 06 meses após a alta (p. 06 do novo projeto). TODAS as fases aparecem descritas no TCLE, com a possibilidade de desistência a qualquer momento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto
- Termo de Concordância

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 137.761

- Currículo vitae
- Carta de aprovação do projeto na USP
- Ict
- Projeto de pesquisa completo contendo orçamento, cronograma, TCLE

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 04 de Agosto de 2014

Assinado por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4655 Fax: (33)3325-4655 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com