

Fatores de Risco em Idosos com Seqüela de Acidente Vascular Encefálico

Risk Factors in an Aged People who Had Deed veins Thrombosis

GIANE DANTAS DE MACÊDO¹
NEIDE MARIA GOMES DE LUCENA²
ROBERTO QUIRINO DO NASCIMENTO³
JULIANA CABRAL COUTINHO¹

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores de risco em uma população idosa seqüelada de Acidente Vascular Cerebral (AVE). **Material e Métodos:** A amostra constituiu-se de 100 pacientes de sete instituições da Cidade de João Pessoa-Paraíba-Brazil. Utilizou-se como instrumento de medida uma Ficha Padrão - modelo proposto por Birckel/Fernandes e utilizado por Zuchetto - aplicada através de entrevistas. Os dados foram organizados em planilhas do programa SPSS 11.5 e submetidos ao Teste dos postos com sinais de Wilcoxon para pares combinados, que utilizou um nível de significância $\alpha = 0,05$. **Resultados:** Obteve-se para cada variável valores de "p" entre 0,00000001 e 0,819 e emitiu-se a análise sob forma de gráficos e tabelas. As disfunções mais freqüentes foram descontrolo emocional, incoordenação motora e disartria. Destacaram-se os fatores de risco hipertensão e sedentarismo. Observou-se diminuição na prática do lazer, de atividades do lar, sexuais, religiosas e na satisfação com o estilo de vida, o que pode ser causado pela queda no desempenho físico, na auto-estima e pela insatisfação com o estilo de vida detectados. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade de implantação de programas educativos para reinserção do paciente seqüelado de AVE na sociedade e nas atividades da vida diária, bem como trabalhos voltados para a prevenção desta patologia com o controle dos fatores de risco. É importante também que os pacientes participem de trabalhos voltados para o idoso em grupos comunitários, PSFs, dentre outros, e programas de reabilitação, de preferência multidisciplinar, melhorando o estilo de vida dos mesmos e consequentemente favorecendo melhor qualidade de vida.

DESCRIPTORIOS

Estilo de vida. Fatores de risco. Acidente Cerebral Vascular.

SUMMARY

Objective: To analyze the risk factors of a geriatric population with Cerebrovascular Accident (CVA). **Material and Methods:** The sample included 100 patients from seven institutions of João Pessoa-Paraíba-Brazil. A Standard-Questionnaire - proposed by Birckel/Fernandes and used by Zuchetto - was utilized as measurement instrument and applied through interviews. The data was organized in a SPSS 11.5 spreadsheet and submitted to Wilcoxon test for the statistical analysis with a level of significance of $\alpha = 0,05$. **Results:** Every variable obtained values of "P" between 0,00000001 and 0,819. The most frequent disfunctions observed were emotional disorder, motor incoordination and disartry. Blood pressure increase and sedentary life were the most predominant risk factors. It was observed decrease in lazer, home activities, sexual and religious practice, and in the satisfaction with the life style, which can be caused by the diminution in the physical performance and self-esteem, and insatisfaction with the life style that were detected. **Conclusion:** These results evidence the necessity of implantation of educational programs to reinsert the patient with CVA sequels in society and daily life activities, as well as works directed to the prevention of this pathology through the control of risk factors. It is also important that these patients take part in works directed to geriatric population in community groups, family health programs and multidisciplinary rehabilitation programs, improving their life style and consequently providing better quality of life.

DESCRIPTORS

Life style. Risk factors. Stroke.

1 Fisioterapeuta.

2 Prof^o. Adjunta do Depto. de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - Paraíba - Brazil.

3 Prof^o. Adjunto do Depto. de Estatística da UFPB.

O acidente vascular encefálico (AVE) é o início rápido de sintomas clínicos de disfunção cerebral focal ou global, tendo uma duração maior de 24 horas ou que conduz a morte, sem outra causa aparente que uma lesão vascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) (DINI, 2006).

O AVE resulta da restrição sangüínea ao cérebro, causando lesão celular e danos às funções neurológicas (O'SULLIVAN E SCHMITZ, 2004). As manifestações clínicas de um paciente acometido de AVE são distúrbios motores, fraqueza ou paralisias unilaterais estereotipados do lado oposto, com comprometimento da linguagem ou da percepção visual, dependendo do lado e da área Encefálica lesada e, geralmente ocorre comprometimento da cognição (DESROSIERS *et al.*, 2003) (FALCÃO *et al.*, 2004). Os AVEs podem ser temporários ou permanentes. Nos casos em que o suprimento sangüíneo não é interrompido, mas sim, reduzido, tem como denominação Ataques Isquêmicos Transitórios (COHEN, 2001).

Os AVEs podem ser de dois tipos: isquêmico ou hemorrágico. O primeiro é ocasionado pelo bloqueio de um vaso sangüíneo provocado por uma placa aterosclerótica ou devido ao aparecimento de um coágulo oriundo de outra parte do corpo. O AVE hemorrágico se dá pelo rompimento de um vaso sangüíneo devido ao aumento da pressão arterial ou pela ruptura de um aneurisma. Tanto nos AVCs hemorrágicos quanto nos isquêmicos, as características clínicas são determinadas pela localização e extensão do prejuízo cerebral (DINI, 2006).

O AVE representa a terceira causa de morte em vários países do mundo (ADAMS E VICTOR, 2007) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005) e é a principal causa de incapacidade física e mental. No Brasil, o AVC também tem sido patologia responsável por altas taxas de mortalidade, invalidez e de elevado custo social e econômico (LESSA, 2006). Sua aparição se duplica por cada década de vida que passa e quando se soma a outras alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas com a idade (PIRES, GAGLIARDI E GORZONI, 2004) (ZETOLA, NOVAK E CAMARGO, 2008) (DI CARLO *et al.*, 2006), tem um pico de incidência entre a sétima e oitava décadas (ANGULO, 2007).

O acidente vascular encefálico (AVE), que tem grande potencial para gerar déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, tem impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades da vida diária e afeta a avaliação subjetiva que ele faz da sua vida (DOYLE, 2002). À medida que as pessoas envelhecem, a capacidade de se recuperar de eventos

The Encephalic Vascular Accident (EVA) is the fast beginning of clinic symptoms of focal or global cerebral dysfunction, with duration of more than 24 hours or that leads to death, without any other apparent cause than a vascular lesion (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; DINI, 2006).

The EVA is the result of blood restriction to the brain, which causes cellular damages and injuries to neurological functions (O'SULLIVAN, 2004). The clinical manifestations of an EVA attacked patient are motor impairments, weakness, or stereotyped unilateral paralysis of the other side, with language or visual perception impairments, depending on the side and area of the brain damage and, in general cognition impairment occurs (DESROSIERS *et al.*, 2003; FALCÃO *et al.*, 2004). The EVAs can be temporary or permanent. In the cases in which blood supply is not interrupted, but only reduced, it is known as Transitory Ischemic Attack (COHEN, 2001).

The EVAs can be of two types: ischemic and hemorrhagic. The first one is occasioned by a blood vessel interruption provoked by an atherosclerotic plate or because of a clot originated in any other part of the body. The hemorrhagic EVA occurs because of a ruptured blood vessel caused by an increase in arterial pressure or an aneurism rupture. Clinical characteristics are determined by the location and extension of the brain injuries (DINI, 2006) in both the ischemic and hemorrhagic EVAs.

The EVAs represent the third highest death cause in several countries in the world (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; ADAMS and VICTOR, 2007) and are the main cause of physical and mental disabilities. In Brazil, EVA pathology has also been responsible for the high mortality rates, disability and high social and economic cost (LESSA, 2006). Its apparition doubles throughout each decade and when in association to other cardio-vascular and metabolic problems related to old age (PIRES, GAGLIARDI and GORZONI, 2004; DI CARLO *et al.*, 2006; ZETOLA, NOVAK and CAMARGO, 2008), a higher incidence occurs between ages seventy and eighty (ANGULO, 2007).

An Encephalic Vascular Accident (EVA), which has potential to generate deficits in physical, sensorial and cognitive functioning, also has an impact on the individual's daily routine, performance of routine

negativos de vida adquire maior importância (KANH E JUSTER, 2002), ao mesmo tempo em que aumentam os riscos de perdas biológicas, cognitivas, motivacionais e sociais ocorrendo no âmbito pessoal ou de pessoas próximas e significativas (FORTES E NERI, 2004).

O estado de saúde de um indivíduo pode ser influenciado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições sócio-econômico-culturais, sendo precisamente indicado por sinais fisiológicos (CASTRO, ROLIME MAURICIO, 2005).

O estilo de vida é um “conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se pode exercer certo grau de controle. As decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção” (LALONDE, 1997).

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007).

De acordo com TOLFREY (2002), o AVE possui fatores de risco modificáveis e não-modificáveis. Os não-modificáveis são a idade, o sexo e a história familiar (RODRÍGUEZ *et al.*, 2003). Os fatores modificáveis são hiperlipidemia, os hábitos alimentares (NICKLAS *et al.*, 2005), hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardíacas (FERNANDES, 2003), obesidade, vida sedentária, estresse (PASCHOAL, 2008), hipercolesterolemia e tabagismo (VINTRÓ, 2004).

Entretanto, o que se observa é que a maioria das pessoas possui um estilo de vida inadequado nos diversos âmbitos em que desenvolvem suas atividades e conseqüentemente não se preocupam com o controle dos diversos fatores de risco a saúde (HEYDE RVD e HEYDEMVD, 2004).

Por estes motivos, este trabalho tem como objetivo analisar os fatores de risco em pacientes seqüelados de Acidente Vascular Encefálico, com idade igual ou superior à 50 anos, para adquirir um maior conhecimento, na busca da melhoria da qualidade de vida desses indivíduos que já sofrem pelo desgaste fisiológico normal e ainda tem que conviver com as seqüelas decorrentes do mesmo.

activities and affects the subjective evaluation the person makes of his/her own life (DOYLE, 2002). As people grow old, the capacity to recover from negative life events gains more importance (KANH and JUSTER, 2002), while at the same time biological, cognitive, motivational and social risks of loss occurring in personal matters or of close and important people risks increase (FORTES and NERY, 2004).

The person's health condition can be influenced by their social environment, social relationships, as well as by their socio-economic-cultural conditions, being precisely signalled by physiological signs (CASTRO *et al.*, 2005).

The lifestyle is “a collection of individual decisions that affects the health and over which there is a possibility to have a certain amount of control. Personal decisions and habits that are bad for ones health creates risks originated by the individual himself. When those risks result in sickness or death, one can state that the lifestyle certainly contributed to or caused the sickness or dysfunction” (LALONDE, 1997).

The term “risk” refers to the probability of an undesired event to occur. Epidemiologically this term is used to define the probability of individuals without a certain illness, but exposed to certain factors, to become ill. The factors that are associated with the increase at getting the illness are called risk factors (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007).

TOLFREY (2002) describes EVAs as having changeable and unchangeable risk factors. The unchangeable ones are: age, gender and family history (RODRIGUÈZ *et al.*, 2003). The changeable factors are hyperlipidemia, eating habits (NICKLAS *et al.*, 2005), systemic arterial hypertension, diabetes *mellitus*, cardiologic conditions (FERNANDES, 2003), obesity, sedentary lifestyle, stress (PASCHOAL, 2008), hypercholesterolemia and tobaccoism (VINTRÓ, 2004).

However, what can be observed is that the majority of people have an inappropriate lifestyle in several areas, and are consequently not worried about the control of these health risk factors (HEYDE, R. and HEYDE, M., 2004).

For those reasons, this study aims at analyzing risk factors in patients aged 50 and older who have had strokes, in order to gain more knowledge in the search of a better quality of life for those individuals who also suffer from normal physiological aging and still has to cope with the side effects caused by the strokes.

MATERIAL E MÉTODOS

A população foi constituída de 100 pacientes seqüelados de Acidente Vascular Encefálico (AVE) submetidos a tratamento fisioterapêutico em instituições da cidade de João Pessoa - PB. A amostra consiste do número de pacientes idosos acometidos de AVE com idade igual ou superior a 50 anos. Utilizamos, no plano da pesquisa, o método exploratório e a abordagem quantitativa.

A coleta de dados foi realizada na Fundação Centro de Apoio a Pessoas com Deficiência – FUNAD, no Instituto de Previdência do Estado da Paraíba – IPEP, na Clínica de Fisioterapia do Instituto Paraibano de Educação – UNIPÊ, na Enfermaria do Hospital Padre Zé, nos Serviços de Fisioterapia do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB e no Centro de Atendimento Médico Especializado de Jaguaribe – CAME Jaguaribe.

Para a coleta de dados, utilizamos como instrumento de medida uma Ficha Padrão, baseada no modelo proposto por BIRCKEL e utilizado por ZUCHETTO (1993) em um trabalho de investigação com uma população geriátrica; e do proposto por FERNANDES (1997), que por sua vez, foi elaborada e adaptada pelos autores para melhor atender ao levantamento de dados sobre Estilo de Vida e Fatores de Risco.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Bioética do Hospital Universitário, seguindo todas as normas e tendo o protocolo de número 319/03. Assim como, a autorização dos diretores ou responsáveis das instituições estabelecidas, através de um termo de consentimento, emitida pelo Departamento de Fisioterapia da UFPB e de um termo de compromisso que recomenda envolvimento com seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações coletadas durante esta pesquisa foram organizadas na forma de Banco de Dados no Programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 11.5. A análise estatística foi realizada utilizando-se o Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon para pares combinados, com nível de significância estabelecido para a rejeição de H_0 de 5%, onde em todos os testes aplicados, utilizou-se o seguinte teste de hipótese: H_0 : Não existe diferença significativa entre as variáveis pesquisadas e H_1 : Existe diferença significativa entre as variáveis pesquisadas.

RESULTADOS

Dos 100 sujeitos da amostra, verificou-se que o

MATERIAL AND METHODS

The data consisted of 100 patients with Encephalic Vascular Accident sequelae, who had been submitted to physical therapy in institutes in the city of João Pessoa (PB). The sample consisted of a number of elderly patients, aged 50 and older, who had suffered strokes. We utilized, in the research plan, an exploratory method and quantitative approach.

The data was collected at FUNAD (Fundação Centro de Apoio ao Portador de Deficiência Física/ Foundation Center for the Physically Handicapped), IPEP (Instituto de Previdência do Estado da Paraíba/ Social Security Institute of the state of Paraíba State), in the physical therapy clinic of UNIPÊ (Instituto Paraibano de Educação/ Paraibano Institute of Education), in the clinic rooms of Padre Zé Hospital, in the physical therapy services of Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), in the apprentice physical therapy clinic of Universidade Federal da Paraíba (UFPB) and CAME Jaguaribe (Centro de Atendimento Médico Especializado de Jaguaribe/ Specialized Medical Assistance Centre of Jaguaribe).

To measure the data collected, a standard pattern form based on a model proposed by BIRCKEL and utilized by ZUCHETTO (1993) in a research study with elderly people, and proposed by FERNANDES (1997) was elaborated and adapted by the authors to better attend the Lifestyle and Risk Factors research in study.

This project was approved by the Comitê de Bioética of Hospital Universitário according to all norms, under protocol number 319/03 and had the hospital directors' authorization by means of a Consent Term emitted by the Physical Therapy Department of UFPB according to Resolution 196/96 of the National Health Council of Brazil.

The information collected was organized on a data base in the program *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) version 11.5. The statistics analysis was made with the Test of Posts with Wilcoxon Signed matched-pairs, with level of rejection significance established for H_0 of 5%, where on all tests made the following hypothesis tests was used: H_0 – There are no significant differences between the variables studied; and H_1 – There are significant differences between variables studied.

RESULTS

Among the 100 sample subjects, it was noticed

sexo masculino (52%) teve pouca prevalência sobre o feminino (48%). A maior parte dos indivíduos acometidos tinha idade superior a 70 anos (30%), eram pessoas de cor branca e parda (46% e 44%, respectivamente), e a maioria (93%) não trabalhava (Tabela 1).

that the male sex (52%) had less prevalence when compared to the female sex (48%). The greater part of the individuals was over 70 years old (30%), they were white and Caucasian (46% and 44% respectively) and the majority (93%) did not work (Table 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos indivíduos com idade igual ou superior à 50 anos (n=100) (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Table 1 – Sample characterization of the individuals aged 50 and older. (n=100) (João Pessoa – Paraíba – Brazil, 2007).

Características / Characteristics	n	%
Sexo / Gender		
Masculino / Male	52	52,0
Feminino / Female	48	48,0
Total / Total	100	100,0
Faixa Etária (anos) / Age (years)		
50-55	17	17,0
56-60	19	19,0
61-65	20	20,0
66-70	14	14,0
Mais de 70 / Older of 70	30	30,0
Total / Total	100	100,0
Grupo Racial / Racial Group		
Caucasóide / Caucasoid	46	46,0
Negróide / Negro	10	10,0
Miscigenado / Mullato	44	44,0
Total / Total	100	100,0
Ocupação / Occupation		
Não Trabalha / Do Not Work	93	93,0
Trabalha / Work	7	7,0
Total / Total	100	100,0

No tocante as disfunções encontradas (Tabela 2), percebeu-se uma maior prevalência destas nos primeiros 20 meses após o acometimento do Acidente Vascular Encefálico (AVE), no qual a hemiparesia – direita (16%) e esquerda (15%) – e hemiplegia – direita (18%) e esquerda (13%), aparecem na maioria dos pacientes (62%), mostrando-se, como a principal manifestação clínica do AVE. Dentre as outras disfunções, destacaram-se a incoordenação motora (33%), o descontrole emocional (27%) e a disartria (27%). A dor aparece também de forma preocupante, principalmente no

In relation to the dysfunctions found (Table 2), it was observed that there was a higher prevalence of those in the first 20 months after the Encephalic Vascular Accident (EVA), where the hemi paresis - on the right (16%) and on the left (15%) - and also, the hemiplegic - on the right (18%) and on the left (13%) appeared in the majority of the patients (62%) appearing as the main clinic manifestation of the EVA. Among the others dysfunctions, there is evidence of motor dysfunction (33%), the emotional lack of control (27%) and dysartry (27%). Pain comes in as preoccupying especially on the

Tabela 2 – Disfunções após o Acidente Vascular Encefálico (AVE) analisadas de acordo com o tempo de AVE (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Table 2 – Dysfunctions after Encephalic Vascular Accident (EVA) analyzed according to EVA time. (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Disfunções Dysfunctions	Tempo de AVE (meses) / / EVA time (months)											
	1-20		p	Z	21-40		p	Z	41-60		p	Z
	n	%			n	%			n	%		
Hemiparesia direita Right Hemiparesis	16	64,0	0,000	-6,856	1	4,0	0,005	-2,828	4	16,0	0,014	-2,449
Hemiparesia esquerda Left Hemiparesis	15	60,0	0,000	-6,928	4	16,0	0,025	-2,236	3	12,0	0,008	-2,646
Hemiplegia direita Right Hemiplegic	18	78,3	0,000	-6,708	2	8,7	0,008	-2,646	1	4,3	0,003	-3,000
Hemiplegia esquerda Left Hemiplegic	13	61,9	0,000	-7,071	2	9,5	0,008	-2,646	2	9,5	0,005	-2,828
Descontrole emocional Emotional disturbs	27	67,5	0,000	-6,000	4	10,0	0,025	-2,236	3	7,5	0,008	-2,646
Incoordenação motora Motor Incoordination	33	67,5	0,000	-5,477	5	10,2	0,046	-2,000	7	14,3	0,083	-1,732
Disartria Disartry	27	7,5	0,000	-6,000	5	13,9	0,046	-2,000	2	5,6	0,005	-2,828
Afasia Aphasia	18	64,3	0,000	-6,708	4	14,3	0,025	-2,236	1	3,6	0,003	-3,000
Distúrbios cognitivos Cognitive disturbs	8	72,7	0,000	-7,416	1	9,1	0,005	-2,828	—	—	0,002	-3,162
Descontrole intestinal e da bexiga Intestine disturbs and of bladder	16	66,7	0,000	-6,856	3	12,5	0,014	-2,449	2	8,3	0,005	-2,828
Disfagia Dysfagia	15	71,4	0,000	-6,928	2	9,5	0,008	-2,646	3	14,3	0,008	-2,646
Dor Pain	37	63,8	0,000	-5,099	6	10,3	0,083	-1,732	7	12,1	0,083	-1,732
Problemas respiratórios Respiratory problems	10	71,4	0,000	-7,280	1	7,1	0,005	-2,828	2	14,3	0,005	-2,828

dimídio afetado, atingindo 37% dos sujeitos. Quando aplicado o Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon para pares combinados, confirmou-se que todas as disfunções quando analisadas junto aos 20 primeiros meses de acometimento após o AVE são estatisticamente significantes ($p=0,000$; Z entre -7,416 e -6,000), o que não ocorreu com os outros intervalos de tempo, pois apresentaram variáveis não significantes estatisticamente, como a dor nos outros intervalos de tempo ($p=0,083$; $Z=-1,732$) e a incoordenação motora no intervalo de 41 a 60 meses ($p=0,083$; $Z=-1,732$).

Os fatores de risco que apareceram com mais frequência antes do AVE foram a hipertensão arterial (73%), o tabagismo (52%) e o sedentarismo (40%). Após o Acidente Vascular Encefálico (AVE), os fatores de risco mais frequentes foram a diabetes (29%), o sedentarismo (55%) e a hipertensão (89%). Percebeu-se uma diminuição acentuada dos fatores de risco alcoolismo

side which suffered the stroke, in exactly 37% of the subjects. When the Test of Posts with Wilcoxon Signed matched-pairs was applied, it was confirmed that when analysed together with the 20 first months after the stroke, they were statistically significant ($p=0,000$; Z between -7,416 and -6,000), which did not happen with the others time intervals, as for example, the pain in the other time intervals ($p=0,083$; $Z=-1,732$) and motor dysfunction in the time period of 41-60 months ($p=0,083$; $Z=-1,732$).

The risk factors that appeared more frequently before the EVAs were: arterial hypertension (73%), tobaccoism (52%) and sedentary lifestyle (40%). After the EVA, the most frequent risk factors were diabetes (29%), sedentary lifestyle (55%) and arterial hypertension (89%). After the Encephalic Vascular Accident, an accentuated decrease in the risk factors alcoholism (0%) and tobaccoism (5%) were observed.

(0%) e tabagismo (5%). Esses dados foram submetidos ao Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon para pares combinados que confirmou que essas diferenças entre a presença de fatores de risco antes e após o AVE são estatisticamente significantes no que se refere as variáveis alcoolismo ($p=0,000$; $Z=-5,000$), tabagismo ($p=0,000$; $Z=-5,745$), obesidade ($p=0,002$; $Z=-3,162$) e hipertensão arterial ($p=0,003$; $Z=-3,000$). Em relação as variáveis cardiopatia, diabetes, sedentarismo e nível de gordura sanguíneo elevado, a hipótese H_0 foi aceita, pois as mesmas apresentaram $p>0,05$ (Tabela 3).

That data was submitted to the Test of Posts with Wilcoxon Signed matched-pairs for combined pairs which confirmed statistically the significance between presences of risk factors before and after the EVA for alcoholism ($P=0,000$; $Z=-5,000$), tobaccoism ($p=0,000$; $Z=-5,745$), obesity ($p=0,002$; $Z=-3,162$) and arterial hypertension ($p=0,003$; $Z=-3,000$). In relation to the other variables as cardiologic conditions, diabetes, sedentary lifestyle and high level of fat in the blood, the hypothesis H_0 was accepted because all of them presented $p<0,05$ (Table 3).

Tabela 3 – Fatores de Risco observados na amostra ($n=100$) antes e após o Acidente Vascular Encefálico (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Table 3 – Risk Factors observed in the sample ($n=100$) before and after the Encephalic Vascular Accident. (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Fatores de Risco / Risk Factors	Antes / Before		Depois/ After		p	Z
	n	%	n	%		
Cardiopatia / Cardiologic conditions	20	20,0	22	22,0	1,000	0,000
Alcoolismo / Alcoholism	38	38,0	---	---	0,000	-5,000
Tabagismo / Tobaccoism	52	52,0	5	5,0	0,000	-5,745
Diabetes / Diabetes	22	22,0	29	29,0	0,157	-1,414
Sedentarismo / Sedentary lifestyle	40	40,0	55	55,0	0,102	-1,633
Obesidade / Obesity	18	18,0	3	3,0	0,002	-3,162
Hipertensão Arterial / Arterial Hypertension	73	73,0	89	89,0	0,003	-3,000
Nível de Gordura Sanguíneo Elevado High blood level of fat	18	18,0	19	19,0	0,705	-0,378

Em relação ao estilo de vida, observa-se que, enquanto antes do Acidente Vascular Encefálico (AVE) apenas 52% dos sujeitos faziam algum tipo de dieta, após o AVE este índice elevou-se para 94%, demonstrando uma maior preocupação dos pacientes com a alimentação. No que se refere às atividades da vida diária, verifica-se uma diminuição na prática do lazer, atividades do lar, religiosas, físicas e sexuais após o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Quando submetidos ao Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon para pares combinados, essas diferenças entre o estilo de vida antes e após o AVE foram estatisticamente significantes, com valores de “p” entre “0” e “0,007” e de “Z” entre -5,657 e -2,677 (Tabela 4).

Além da fisioterapia, a maioria dos pacientes foi atendida pelo médico neurologista e cardiologista. É

In relation to lifestyle, it is possible to observe that before the Encephalic Vascular Accident (EVA) only 52% of the subjects had any kind of alimentary diet and that after the stroke, the rate increased from 52% to 94%, which shows a major concern of the patients for their eating habits. In terms of the Daily Routine Activities, one can notice a decrease in leisure activities, in household chores, religious, physical and sexual activities after the EVA. When submitted to the Test of Posts with of Wilcoxon Signed matched-pairs for combined pairs, the differences showed statistical significance ($0<p<0,007$; $-5,657<Z<-2,677$) between Lifestyle before and after the pathologic episode (Table 4).

Beyond Physical Therapy, the majority of the patients were attended by a cardiologist and neurologist.

Tabela 4 – Estilo de Vida observado na amostra (n=100) antes e após o Acidente Vascular Encefálico (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Table 4 – Lifestyle observed in the sample (n=100) before and after the Encephalic Vascular Accident. (João Pessoa - Paraíba – Brasil, 2007).

Atividades da Vida Diária / Daily Life Activities	Antes		Depois		p	Z
	n	%	n	%		
Domiciliares / Household chores	72	72,0	27	27,0	0,000	-5,425
Religiosas / Religious activities	76	76,0	49	49,0	0,000	-4,914
Físicas / Physical activities	49	49,0	22	22,0	0,007	-2,677
Sexuais / Sexual activities	61	64,9	20	21,3	0,000	-5,657
Lazer	53	53,0	24	24,0	0,000	-5,000
Dieta / Alimentary Diet	52	52,0	94	94,0	0,000	-5,518

importante observar que a maior parte dos pacientes tem recebido um atendimento multidisciplinar, mas que apenas a minoria tem sido acompanhada pelo psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista (Figura 1).

It is important to observe that the greater part of the patients had received multidisciplinary assistance, although only a few had been followed by psychologist, speech therapist and nutritionist (Figure 1).

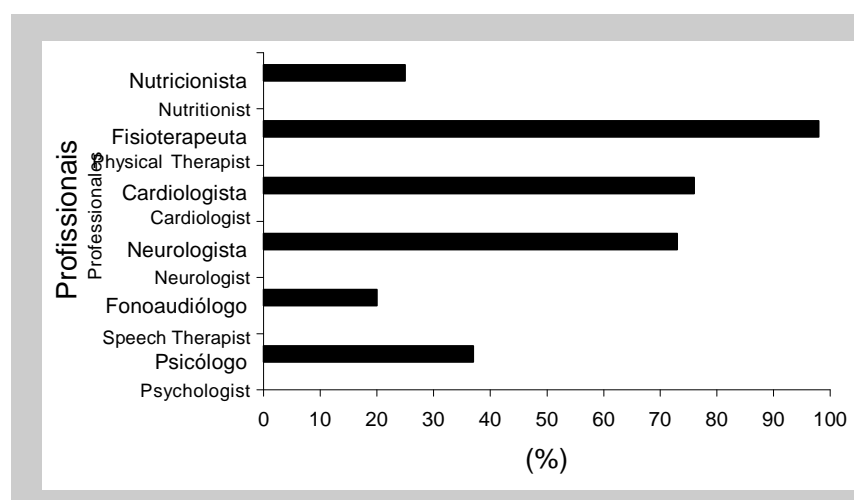


Figura 1 – Distribuição Percentual de pacientes que obtiveram acompanhamento profissional após o Acidente Vascular Encefálico (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

Figure 1 – Percentage of patients' distribution that obtained professional accompaniment after the Encephalic Vascular Accident. (João Pessoa – Paraíba – Brasil, 2007).

DISCUSSÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) acomete homens e mulheres quase que igualmente y afecta particularmente a personas con más de 65 años de edad (PALAZÓN-GARCÍA *et al.*, 2001) (ELIAS *et al.*, 2007) (ROWLAND, 2002), o que pôde ser verificado nesta pesquisa. O maior acometimento do AVE na população de cor branca e parda pode dever-se ao predomínio desta população no estado da Paraíba em contraste com

DISCUSSION

The Encephalic Vascular Accident (EVA) attacks both men and women in the same proportion, and personally affects people aged 65 and older (PALAZÓN-GARCÍA *et al.*, 2001; ROWLAND, 2002; ELIAS *et al.*, 2007), confirmed in the research. The predominance of the EVA in populations of white color and mullato is a result of a predominance of these people in the state of Paraíba in contrast with black people, who represents

a população negra, que representa uma parcela de 3,4% (IBGE, 2007). E o fato da maioria destes pacientes não trabalharem pode justificar-se pelas seqüelas resultantes do AVE.

Percebeu-se uma maior prevalência das disfunções presentes no seqüelado de AVE nos primeiros 20 meses após o acometimento, levando a acreditar que esta é a fase mais crítica para o paciente seqüelado e que, o tratamento efetuado estaria logrando êxito e contribuindo para uma melhor qualidade de vida desta população.

As repercussões de um AVC sobre os indivíduos são muitas e os principais mediadores ou indicadores de baixa qualidade de vida é a incapacidade e o descontrole emocional (CAROD-ARTAL *et al.*, 2000) (JONKMAN, WEERD e VRIJENS, 1998). Entre os mais jovens, especialmente entre os homens, o domínio trabalho é de grande importância e fonte de satisfação com a vida. Entre os mais velhos, além das incapacidades e dos sintomas depressivos, as comorbidades, o pior *status* cognitivo e o ritmo mais lento de recuperação influenciam os vários domínios da qualidade de vida (RABELO e NÉRI, 2006).

O fator de risco mais freqüente foi a hipertensão arterial, o que concorda com um estudo desenvolvido por CASTRO E GIL-NÚÑEZ (2000), em que dos 277 pacientes entrevistados, 161 (58,1%) eram hipertensos, não desfavorecendo os outros fatores de risco anteriormente citados.

Em relação ao estilo de vida, viu-se que a maioria dos pacientes passou a fazer algum tipo de dieta, demonstrando uma maior preocupação dos mesmos com a alimentação, porém observou-se uma diminuição em todas atividades da vida diária dos mesmos. A diminuição no interesse em atividades sociais dentro e fora de casa e no interesse por *hobbies* atribuída a incapacidade psicossocial impedem o hemiplégico de retornar para uma vida social normal (UMPHRED, 2004). Problemas sexuais podem ter relação direta com a incapacidade física e fatores emocionais no paciente, ou podem estar ligados ao próprio medo e ansiedade do parceiro sexual (STOKES, 2000).

De acordo com um estudo realizado com 800 trabalhadores, sobre o estilo de vida e sua relação com a gênese da Hipertensão Arterial, evidenciou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria destes, e estava relacionado com o consumo excessivo de sal e

3,4% (IBGE, 2007). The prevalence of EVA in unemployed can be justified by the incapacities, sequels acquired after the illness.

In this study it was verified that the major prevalence of dysfunctions in EVA patients occurs in the first 20 months after the episode, which makes us believe this is the most critical phase for EVA patients, and the treatment realized at this moment would be more effective if it reflected in a better life quality for this population.

There are a lot of repercussions of EVA over those individuals and the most important of the indicators of the low quality of life are the disabilities and the emotional damages emocional (JONKMAN, WEERD and VRIJENS, 1998; CAROD-ARTAL *et al.*, 2000). Among young people, especially among men, the domain "work/job" is the most important and the fountain for satisfaction in life. Among elderly people, beyond disabilities and depressive symptoms, the comorbidities, the worst cognitive status and the slower rhythm of recuperation influences the several domains of life quality (RABELO and NÉRI, 2006).

The most frequent risk factor was arterial hypertension, which agrees with an other study developed by CASTRO and NÚÑEZ (2000) where from the 277 patients interviewed, 161 (58,1%) presented hypertension; however, the results obtained do not neglect the influence of others risk factors cited earlier.

Concerning Lifestyle, the majority of the patients started to have better eating habits, which demonstrates more interest and concern about themselves, although a reduction in the interest of all the other daily life activities was also observed. The diminution in the interest of social activities inside the home and outside, and for hobbies is attributed to psycho-social disabilities that hinder the hemiplegic to return to their normal social life (UMPHRED, 2004). Sexual problems can be directed related to physical incapacity and emotional factors in the patient, or can be associated to the individual's fear and the anxiety of the sexual partner (STOKES, 2000).

According to a study realized with 800 employees about lifestyle and the relationship with the arterial hypertension genesis, the inadequate eating habits, as the use of salt and excessive consumption of red meat in substitution to vegetable consumption, was

carne vermelha, e reduzido de vegetais (SANTOS e LIMA, 2008).

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS e SILVA, 2003).

Uma vida mais ativa, com atividades físicas regulares, dieta rica em frutas e fibras e pobre em gorduras ajuda a perder peso, diminuir os níveis de colesterol e controlar a pressão arterial. A diminuição de sal na dieta ajuda a diminuir a pressão arterial e a prevenir o AVE. A diminuição de álcool e a abstenção de fumo podem, também, ajudar a prevenir o mesmo. O consumo de álcool e o tabagismo aumentam o risco daquele, por isso deve-se extinguir o fumo e o alcoolismo.

Diante do exposto, conclui-se que para melhorar a qualidade de vida destes pacientes, é necessária uma maior atenção às atividades que os satisfaçam. É preciso enfatizar o controle dos fatores de risco, através da alimentação, medicamentos, exercícios físicos e extinção dos hábitos prejudiciais ao estilo de vida destes indivíduos, seguindo os conselhos de uma equipe multidisciplinar e uma atuação mais ampla da fisioterapia, incluindo programas educativos para a população em geral como forma de prevenção e diminuição dos índices de AVE na cidade de João Pessoa-PB.

AGRADECIMENTOS

Aos diretores das instituições pela receptividade, aos pacientes pela compreensão e ao PIBIC/CNPq pela confiança e apoio.

REFERÊNCIAS

Referências

1. ADAMS RD, VICTOR M. Neurologia. In: HARBOE-GONÇALVES L, VAZ LS, BUZZI M. Avaliação dos níveis de hiper-homocisteinemia, vitamina E, selênio, cobre, ceruloplasmina e ferritina em pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 2007; 43 (1).
2. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics - 2005 Update. Dallas (TX): *American Heart Association*, 2005.
3. ANGULO IL. Acidente vascular cerebral e outras complicações do sistema nervoso central nas doenças falciformes. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter* 2007; 29 (3).

an indicator of bad life quality (SANTOS and LIMA, 2008).

Changing lifestyle is a difficult task and it is almost always accompanied by a lot of resistance, therefore, the majority of the people can not modify and especially, maintain the changes for a long time. However, education in health is the fundamental alternative to guide people to those changes to prevent and/or control the risk factors through healthy habits and attitudes (SANTOS and SILVA, 2003).

An active lifestyle, with regular physical activities, alimentary diet rich in fruits and fibres, and poor in fat helps to keep fit, reduce cholesterol levels and control blood pressure. The decrease of salt in the diet helps to reduce blood pressure and prevent EVA. Alcohol consumption and the tobaccoism increase the risk of an Encephalic Vascular Accident, for that reason, it is important to reduce alcohol and tobacco consumption.

Considering these facts, we conclude that, for a better quality of life for these patients, it is necessary to pay more attention to the activities that satisfy the needs of this population. It is necessary to emphasize the control over the risk factors, through good eating habits, adequate use of medication, the practise of physical exercises and extinguish those that are harmful, and by following the advice of a multidisciplinary team and a large physical therapy practice, including educational programs for the general population as a form of prevention and reduction of EVA rates in the city of João Pessoa (Paraíba, Brazil).

ACKNOWLEDGEMENTS

To the directors of the institutes, for their receptivity, to the patients for their comprehension and to PIBIC/CNPq for the confidence and support.

4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DO CÂNCER. *O Problema do Câncer no Brasil*. 4 ed. Rio de Janeiro, 2007.
5. CAROD-ARTAL J, EGIDO JA, GONZÁLEZ JL, SEIJAS V. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke* 2000; 31: 2995-3000.
6. CASTRO ME, ROLIM MO, MAURICIO TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta paul. enferm.* 2005; 18 (2).
7. CASTRO RG, GIL-NÚÑEZ AC. Factores de riesgo del ictus isquémico. *Rev Neurol* 2000; 31(4):314-323.
8. COHEN C. *Neurociência para Fisioterapeutas – incluindo correlações clínicas*. 2ed. São Paulo: Manole, 2001.
9. DESROSIERS J, ROCHETTE A, NOREAU L, BRAVO G, HEBERT R, BOUTIN C. Comparison of two functional independence scales with a participation measure in post-stroke rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37: 157-72.
10. DI CARLO A, LAUNER LJ, BRETHER MBB, FRATIGLIONI L, LOBO A, MARTÍNEZ-LAGE J, ET AL. Frequency of stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. In: Albero MJM, Martínez RB, Crespán EC, Santa-Pau MR. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Esp. Salud Publica* 2006; 80 (1).
11. DINI LI. Acidente vascular encefálico. In: Barros AFF, Cabette SR, Furkim AN. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq. Neuro-Psiquiatria* 2006; 64 (4).
12. DOYLE, PJ. Measuring health outcomes in stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002; 83 (2): 39-43.
13. ELIAS KMIF, SANTOS MFC, CIASCA SM, MOURA-RIBEIRO MVL. Processamento auditivo em criança com doença cerebrovascular. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2007; 19 (4).
14. FALCÃO IV, CARVALHO EMF, BARRETO KML, LESSA FJD, LEITEVMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4: 95-102.
15. FERNANDES CE. *Menopausa: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Editora Solvay Farma; 2003.
16. FERNANDES, MGM. *Fatores Contribuintes para a Esquistossomose Mansônica em um Grupo de Pacientes Hospitalizados: uma proposta educativa*. 1997. [Dissertação de Mestrado] - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.
17. FORTES ACG, NERI AL. Eventos de vida e envelhecimento humano. In: NERI AL, YASSUDA MS, CACHIONI M. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus; 2004.
18. HEYDE RVD, HEYDE MVD. Implementando modificações no estilo de vida. *Rev. Bras. Hiperten.* 2004; 11 (2): 102-4.
19. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/espanhol/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/default.shtm>>. Acesso em: 06/06/2008.
20. JONKMAN EJ, WEERDAW, VRIJENS NLH. Quality of life after a first ischemic stroke: long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica* 1998; 98(3): 169-175.
21. KANH RL, JUSTER FT. Well-being: concepts and measures. *Journal of Social Issues* 2002; 58(4): 627-644.
22. LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. In: Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1997; 5 (2).
23. LESSA I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. In: Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2006; 64 (3).
24. NICKLAS BJ, YOU T, PAHOR M. Behavioural treatments for chronic systemic inflammation: effects of dietary weight loss and exercise training. *CMAJ.* 2005; 172 (9):1199-209.
25. O'SULLIVAN SB, SCHMITZ TJ. *Fisioterapia, Avaliação e Tratamento*. 2ed. São Paulo: Manole, 2004.
26. PALAZÓN-GARCÍA R, GIL-HERNÁNDEZ S, MARTÍNEZ-BRÁNDULAS P, MORENO-MARTÍN R, PÉREZ-ÁLVAREZ S, LÓPEZ-COLLADO A. Pronóstico funcional en la hemiplejia de origen vascular. *Rehabilitación* 2001; 35: 9-14.
27. PASCHOAL MA, POLESSI EA, SIMIONI FC. Avaliação da variabilidade da frequência cardíaca em mulheres climatéricas treinadas e sedentárias. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 90(2):80-86.
28. PIRES SL, GAGLIARDI RJ, GORZONI ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral em idosos. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62: 844-51.
29. RABELO DF, NERI AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estud. psicol.* 2006; 11 (2).
30. RODRÍGUEZ MB, PINNINI JJA, ROS JT, PONS SP. Reactividad cardiovascular y factores de riesgos cardiovasculares en individuos normotensos menores de 40 años. *Rev. Esp. Salud Publica* 2003; 77(1).
31. ROWLAND LP. *MERRITT: Tratado de Neurologia*. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2002.
32. SANTOS ZMSA, LIMA HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17 (1).
33. SANTOS ZMSA, SILVA RM. *Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano*. Fortaleza: Brasil Tropical; 2003.
34. STOKES M. *CASH: Neurologia para fisioterapeutas*. São Paulo: Premier, 2000.

35. TOLFREY K. Intraindividual variability of children's blood, lipid and lipoprotein concentrations: a review. *Prev Cardiol.* 2002; 3: 145-51.
36. UMPHRED DA. *Fisioterapia Neurológica*. 3ed. São Paulo: Manole, 2004.
37. VINTRÓ IB. Los estudios longitudinales en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev. Esp. Salud Publica* 2004; 78(2).
38. ZETOLA VHF, NOVAK E.M, CAMARGO CHF. *Acidente Vascular Encefálico em pacientes jovens: análise de 164 casos*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php/arg.neuropsiquiatria>>. Acesso em: 04/03/2008.
39. ZUCHETTO, AT. Estudo Descritivo das Variáveis Relacionadas à Saúde e Estilo de Vida na Terceira Idade. *Saúde* 1993; 19(3/4).
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Stroke Surveillance System/2004. Disponível em: <http://www.who.int/ncd_surveillance/ncds/strokeationale/en>. Acesso em: 18/05/2008.

CORRESPONDÊNCIA
Correspondence

Neide Maria Gomes de Lucena
Departamento de Fisioterapia/CCS
Universidade Federal da Paraíba
58059-900 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail
neidelucena@hotmail.com
rebrasa@ccs.ufpb.br