



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

KEZIA KATIANE MEDEIROS DA SILVA
PROFa. Dda. FABIANA BARBOSA GONÇALVES

AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE SONO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PÓS-
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

NATAL/RN
2012

KEZIA KATIANE MEDEIROS DA SILVA

AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE SONO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PÓS-
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso–II.

Orientadora: Profa. Dda. Fabiana Barbosa Gonçalves

NATAL/ RN
2012

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) provoca sequelas neurais que podem afetar o controle do sono e a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi investigar os padrões de sono e a qualidade de vida em pacientes pós-AVE. A pesquisa foi realizada com um grupo de indivíduos saudáveis e um grupo de pacientes pós-AVE provenientes da Clínica Integrada do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) e de serviços de saúde conveniados em Natal/RN de 2010 a 2012. Foram utilizados os instrumentos para avaliação clínica da doença (NIHSS), dos padrões de sono (Pittsburg, Hábitos do Sono e Epworth) e qualidade de vida (SF-36). Foram entrevistados 41 indivíduos, 24 pacientes pós-AVE e 17 saudáveis, com idade entre 41-84 anos ($50,7 \pm 9,6$ anos). A maioria dos pacientes apresentou comprometimento no hemisfério direito de grau leve a moderado, encontrando-se na fase crônica. Os pacientes apresentaram qualidade de sono discretamente pior e grau de sonolência excessiva diurna menor do que os saudáveis, sem diferença significativa. Observando o número de queixas relacionadas ao sono, foi visto que os pacientes relataram um número significativamente maior de queixas, sendo insônia a mais citada. Com relação à qualidade de vida, os pacientes pós-AVE apresentaram uma qualidade de vida significativamente pior, evidenciada também nos sete dos oito domínios que definem este parâmetro. Portanto, o AVE pode causar prejuízos na qualidade do sono e de vida, sugerindo-se a necessidade de abordagem de tratamento concomitante para sequelas motoras e alterações do sono, em especial para pacientes com maior gravidade de sequelas.

Palavras-Chave: Comprometimento neurológico; Padrões de sono; SF-36.

ABSTRACT

The Cerebral Vascular Accident (CVA) causes neural complications that may affect control of sleep and quality of life. The goal of this study was to investigate the patterns of sleep and quality of life in patients who have had a stroke. The survey was conducted with a group of healthy people and a group of patients had a stroke from the Integrated Clinic of UNI-RN and associated services providers in Natal/RN from 2010 to 2012. Questionnaires were used for clinical assessment of disease (NIHSS), sleep patterns (Pittsburg, Sleep Habits and Epworth) and quality of life (SF-36). We interviewed 41 people, 24 patients had a stroke and 17 healthy ones, aged 41-84 years (50.7 ± 9.6 years). Most patients had right hemisphere involvement between mild to moderate level lying themselves in the chronic phase. The patients had slightly worse quality of sleep and excessive daytime sleepiness degree less than the healthy ones, with no significant differences. Noting the number of sleep-related complaints, it was seen that patients reported a significantly higher number of complaints; insomnia being the most cited one. Regarding quality of life, patients with stroke had a significantly worse quality of life, also demonstrated in seven out of eight domains that define this parameter. Therefore, the stroke can cause loss of sleep and quality of life, suggesting the need for concomitant treatment approach for motor complications and sleep disorders, particularly for patients with more severe complications.

Key Words: Neurological impairment; Sleep patterns, SF-36.

INTRODUÇÃO

Na área médica, o conceito atual de “Acidente Vascular Encefálico” (AVE) amplia o conceito de AVC (Acidente Vascular Cerebral) para descrever o comprometimento da função encefálica que pode ser causado por uma variedade de alterações histopatológicas em um (focal) ou vários (multifocal) vasos sanguíneos. A obstrução ou rompimento de uma artéria fornecedora de sangue ao encéfalo podem causar a interrupção no suprimento de sangue à área encefálica atingida, e as sequelas advindas desta hipoperfusão podem afetar um dos hemisférios cerebrais (unilateral) ou ambos (bilateral). As alterações vasculares podem gerar sequelas em toda a região encefálica, com o surgimento agudo ou crônico de *déficits* neurológicos, motores, sensitivos e cognitivos (OMS, 2006; FALCÃO et al., 2004; RIBEIRO, 2004).

O AVE representa a terceira causa de morte no mundo e a doença mais importante na geração de incapacidades crônicas. No Brasil, o número de vítimas fatais atingiu a marca de aproximadamente 90.000 mil indivíduos em 2002, crescendo para 100 mil indivíduos na década seguinte. Este índice de morte por AVE é considerado o mais elevado entre os países da América Latina, sendo de maior prevalência os casos de AVE Isquêmico. De forma semelhante aos dados internacionais, a isquemia é a causa mais frequente de AVE na cidade do Natal-RN, sendo a hipertensão arterial o fator de risco associado mais frequente (TELES; GUSMÃO, 2012; SANTOS et al., 2012; BRASIL, 2012; LOTUFO, 2005; MARTINS JR. et al., 2007).

De acordo com o mecanismo causal, o AVE pode ser classificado em duas categorias: o AVE isquêmico (AVEI) que representa 85% dos casos ocorridos e possui como principais causas a formação de trombos, embolismo ou problemas que ocasionam a baixa pressão de perfusões sistêmicas, causando a falta de suprimento sanguíneo nos vasos cranianos e na área encefálica irrigada; e o AVE hemorrágico (AVEH) que representa 15% dos casos descritos e cujas principais causas podem ser trauma ou aneurisma, no qual ocorre o sangramento para dentro das áreas extravasculares do encéfalo e aumento da pressão intracraniana e, conseqüentemente, restrição do fluxo sanguíneo nas estruturas afetadas e lesão tecidual nas áreas circunvizinhas (MASSARO et al., 2002; PIRES; GAGLIARD; GORGONZI, 2004; SBDCV, 2002).

Outro fator que distingue os subtipos de AVE é a gravidade do comprometimento ocasionado ao paciente. Após a ocorrência de um AVEH os pacientes podem apresentar conseqüências mais graves e evolução ao quadro de óbito em poucas horas. Em contrapartida,

o AVEI possui consequências moderadas com maior chance de sobrevida aos pacientes, associado a um índice elevado de co-morbidades. As co-morbidades pós-AVEI podem estacionar ou progredir durante a evolução da doença nas fases aguda (de 0-30 dias após a lesão), subaguda (de 1 mês a 6 meses após a lesão) ou crônica (a partir de 6 meses após a lesão). As mudanças no quadro da doença podem ser mais visíveis na fase aguda, pois a área de necrose (*core*) é envolvida por uma área de hipoperfusão de tecido cerebral isquêmico, mas ainda viável (*penumbra*) que persiste por 24h. As células localizadas na zona de *penumbra* morrem progressivamente e o *core* se expande próximo a toda área de hipoperfusão inicial. A melhora da hipoperfusão inicial é esperada na maioria dos pacientes pós-AVEI, principalmente nas fases subaguda e crônica (MASSARO et al., 2002; TEIXEIRA-SALMELA et al., 1999).

Na fase aguda, os pacientes podem apresentar hemianestesia, alterações cognitivas, alterações no sono, *déficits* somatossensitivos e visuais, distúrbios de fala, distúrbios afetivos, dentre outros; na fase subaguda, pode haver redução das alterações apresentadas na fase aguda e retorno parcial das funções, como reflexos e tônus muscular; e na fase crônica, os pacientes podem progredir o retorno das funções motoras e apresentar melhora significativa da amplitude do movimento articular e da coordenação motora (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2004; CHAVES, 2000; TRINDADE et al., 2011).

A identificação e o controle dos fatores de risco são fundamentais na redução do número de novos casos de AVE e sua reincidência. De acordo com a descrição realizada recentemente por Santos e colaboradores (2012), há diversos fatores de risco para ocorrência do AVE, que podem incluir: idade, hereditariedade, etnia, hipertensão, *diabetes mellitus*, dislipidemias, tabagismo, uso excessivo de álcool e drogas, cardiopatias, uso de anticoncepcionais orais e sedentarismo. Entretanto, quando os fatores de risco são separados em categorias pode melhorar a compreensão e formulação de estratégias de prevenção. As categorias descritas para os fatores de risco incluem: (1) fatores modificáveis, tais como hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, consumo excessivo de álcool, sobrepeso e diabetes; (2) fatores ambientais, tais como tabagismo passivo e falta de acesso ao tratamento médico e (3) fatores não modificáveis como idade, sexo e histórico familiar. Dentre as categorias citadas, destacamos os fatores de risco modificáveis no que diz respeito à prevenção do AVE, pois geralmente estão associados a hábitos adquiridos e que poderiam ser ajustados para um padrão adequado para a redução da propensão ao AVE (OMS, 2006; LOTUFO, 2005; ALMEIDA; POYARES; TUFIK, 2008).

O AVE pode induzir a diversos distúrbios motores e somatossensoriais supracitados, que muitas vezes podem ser avaliados apenas durante a fase da vigília. No entanto, as consequências do AVE não se limitam às atividades exercidas durante o dia, pois podem afetar o desempenho de funções importantes durante à noite, principalmente o padrão de sono dos pacientes. O sono é um estado fisiológico especial que ocorre em uma grande variedade de seres vivos. Existem dois padrões fundamentais de sono: sem movimentos oculares rápidos (NREM), que é composto por três etapas em grau crescente de profundidade, os estágios I, II, e III; e com movimentos oculares rápidos (REM), que recebe a denominação de sono paradoxal ou sono dessincronizado. Em indivíduos saudáveis, estas fases ocorrem de forma alternante durante toda a noite de sono, em torno de 5 a 6 ciclos com duração média de 60 min, totalizando em aproximadamente 8 horas de sono durante a noite. Cada estágio de sono tem sua devida importância para a saúde, e qualquer distúrbio na arquitetura do sono pode gerar um sono fragmentado e de baixa qualidade (FERNANDES, 2006; TUFIK, 2008).

Os poucos trabalhos que relacionam AVE e sono, apontam para uma estreita relação entre esta doença e as alterações no padrão de sono, tais como roncopatia e sonolência excessiva diurna. O mecanismo complexo de controle de sono depende de áreas encefálicas específicas como o tronco cerebral, hipotálamo, tálamo e estruturas neocorticais. Dessa forma, processos patológicos cerebrovasculares, que afetem a integridade anatômica e funcional dessas estruturas, podem gerar distúrbios do sono. Dentre estes processos patológicos, o AVE recebe destaque, pois pode gerar morte celular encefálica focal ou multifocal e promover alterações (dissonias e parassonias) evidenciadas apenas quando o indivíduo dorme e, portanto, podendo ser negligenciadas no diagnóstico médico padrão (SCHUILING et al., 2005; TUREK; DUGOVIC; ZEE, 2001; AUTRET et al., 2001).

Segundo a definição da *American Academy of Sleep Medicine* (AASM, 2001), as dissonias e parassonias constituem os transtornos primários do sono, por serem consideradas alterações intrínsecas e extrínsecas nos mecanismos de geração ou de regulação do ciclo sono-vigília. As dissonias são caracterizadas por alterações na quantidade, qualidade ou regulação do sono, incluindo distúrbios de início ou manutenção do sono, de sonolência excessiva diurna, insônia e hipersonia. Por outro lado, as parassonias são alterações em eventos comportamentais ou fisiológicos durante o sono de uma forma geral, em estágios específicos do sono ou em transições do ciclo sono-vigília, e se apresentam como queixas de comportamento incomum durante o sono, sendo mais frequentes o bruxismo, a enurese noturna e o ronco primário (MELLO et al., 2002).

O AVE pode causar prejuízos nos padrões de sono, sendo evidenciada a redução na eficiência do sono, o aumento dos despertares durante a noite e a diminuição de episódios do sono REM. Em conjunto, todos os distúrbios provocam um sono perturbado, impedindo que o indivíduo passe por todas as fases do sono regularmente. As consequências incluem disfunções durante o dia, como sonolência excessiva diurna, irritação e cansaço, e também durante a noite como insônia, enurese noturna, hipersonia e ronco primário. Tais distúrbios podem levar o indivíduo a ter o sono fragmentado com múltiplos despertares e provocar redução da oxigenação nos tecidos do corpo, aumento da pressão arterial e induzir o acúmulo de gordura nos vasos sanguíneos gerando aterosclerose. A associação destes fatores causam problemas de coagulação sanguínea, trombose e embolismo, que dependendo da gravidade, predispõe ao desenvolvimento de arritmia cardíaca, infarto e até mesmo AVE.

Portanto, os problemas de sono podem ser tanto decorrentes do AVE como também um fator de risco adicional para a ocorrência de um AVE ou para a piora do quadro dos pacientes pós-AVE. Dessa forma, o AVE e os problemas de sono podem seguir duas direções na relação causa-efeito; o AVE induzindo o surgimento de alterações nos padrões de sono como também em consequência de um sono de má qualidade, o que pode tornar em ciclo vicioso e altamente perigoso para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (SCHUILLING et al., 2005).

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), define-se qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Embora contundente, conceituar a qualidade de vida não é uma tarefa simples, pois a percepção do indivíduo envolve fatores psicológicos, físicos, sociais e econômicos que podem ser muito abrangentes e incluir aspectos objetivos e subjetivos, como bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde, lazer, dentre outros.

A avaliação da qualidade de vida (QV) constitui um relevante indicador clínico de doenças específicas. Há estudos recentes que utilizam instrumentos genéricos como uma medida confiável e válida, permitindo avaliar a QV em oito domínios, como Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral da saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Esta avaliação permite um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua adaptação à condição de estar doente, de acordo com a perspectiva do sujeito. Dentre os diversos fatores que podem descrever a qualidade de vida, a relação saúde-doença se destaca por suas implicações diretas na vida das pessoas. O conceito atrelado a esta

condição denomina-se Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que descreve a saúde como a ausência de doenças, e que esta relação pode ser compreendida como causa ou consequência de alterações funcionais ou sociais que influenciam ou acarretam prejuízos à qualidade de vida (SANTOS et al., 2006; AECK et al., 2001; CARVAINO et al., 2012).

Das doenças que podem interferir na qualidade de vida como a Obesidade, Depressão, Alzheimer, entre outras, o AVE é considerada a mais incapacitante, gerando prejuízo na qualidade de vida dos indivíduos. O paciente com sequelas decorrentes do AVE apresenta limitações nas atividades diárias, com comprometimento de aspectos físicos, psicológicos e sociais. Após o acometimento desta doença, os pacientes ficam impossibilitados de retornarem as suas ocupações, que servem não apenas para a sobrevivência, como também para a manutenção do *status* social, das relações sociais e do autoconceito (JARACZ; KOZUBSKI, 2003; TEIXEIRA-SALMELA et al., 2005; VESTLING; TUFVESSON; IWARSSON, 2003).

Dessa forma, as alterações na qualidade do sono e de vida podem ser negligenciados na avaliação clínica, por não haver atenção ou formação necessária dos profissionais de saúde. A ausência da avaliação do padrão de sono dos pacientes com AVE impossibilita não somente a identificação da ocorrência de roncopatia e sonolência excessiva diurna, mas também dos comprometimentos causados por estes sintomas na qualidade de vida, no tratamento proposto pelo médico e na convivência familiar.

Portanto, considera-se o AVE a doença neurológica mais incapacitante da prática clínica e um problema de saúde pública a ser enfrentado pelos profissionais de saúde. Neste campo, a enfermagem exerce papel fundamental, pois é o grupo profissional que mantém o contato com o paciente e sua família, em todos os períodos da trajetória da doença e em diferentes contextos de atendimento. Assim, a enfermagem é responsável em detectar as consequências dos distúrbios do sono para a qualidade de vida dos sobreviventes de um AVE, a fim de garantir uma reabilitação mais rápida a esses pacientes, além de se tornar um componente do conhecimento científico no campo da saúde, ajudando assim a equipe multidisciplinar a projetar um plano de cuidado de acordo com o domínio alterado pela doença.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar os padrões de sono (sonolência excessiva diurna, a qualidade do sono e queixas do sono) e a qualidade de vida dos indivíduos após a ocorrência de um AVE, e também a presença de correlações destas variáveis com o grau de comprometimento neurológico e o tempo de sequela.

MATERIAL E MÉTODO

Os participantes desta pesquisa transversal foram selecionados através do método de amostragem por conveniência, de forma não probabilística e do tipo voluntária. A amostra foi constituída por 41 sujeitos, incluindo um grupo de 24 pacientes com sequela de AVEI, registrados nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN) ou nos Serviços Públicos de Fisioterapia conveniados da cidade de Natal/RN; e por um grupo de 17 indivíduos saudáveis (ausência de co-morbidades), composto por funcionários da Escola Doméstica de Natal (ED), do Complexo Educacional Henrique Castriciano (HC), do UNIRN e do público externo.

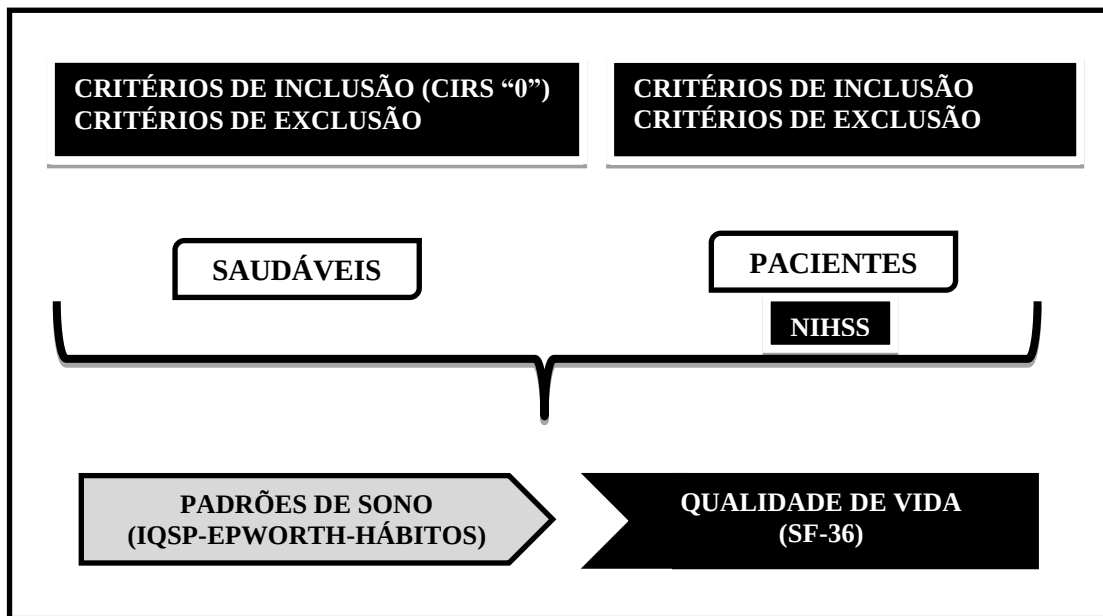
Os critérios de inclusão utilizados para o grupo dos pacientes foram: diagnóstico de AVEI unilateral e não recorrente, escolaridade mínima de 3 anos e tempo de lesão de 0 a 36 meses, e para os indivíduos saudáveis o critério foi a ausência de co-morbidades (CIRS igual a zero) e escolaridade mínima de 3 anos. Os critérios de exclusão adotados para os pacientes foram: presença de transtornos cognitivos graves, afasia e uso de ansiolíticos, antidepressivos ou neurolépticos. Entre os saudáveis, foram excluídos aqueles com transtornos cognitivos, trabalhadores noturnos ou em turnos alternantes, ou que tivessem realizado viagem transmeridiana recente. As coletas dos dados foram realizadas no período de 2010 a 2012.

Todos participantes considerados aptos, por atenderem aos critérios estabelecidos na pesquisa, foram entrevistados com uma Ficha de Avaliação de dados gerais, com registro do nome, endereço, telefone, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade e data da entrevista. Além disso, esta ficha permitiu a obtenção de dados específicos para o grupo de pacientes, tais como o laudo da Tomografia Computadorizada, histórico da doença, fatores de risco presentes, medicação utilizada e tempo de sequela.

A metodologia específica para os indivíduos saudáveis incluiu a escala de avaliação de co-morbidades (CIRS) como mais um critério de inclusão, a fim de assegurar o estado atual de saúde dos indivíduos considerados saudáveis. A escala de avaliação CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*) consiste em uma avaliação clínica padronizada da saúde geral do indivíduo em seis sistemas orgânicos, com escores que variam de 0 a 4. Por outro lado, apenas com os pacientes foi utilizada a escala NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) para descrever o grau de acometimento neurológico após o AVE. Esta escala possui 11 itens para a avaliação de aspectos como nível de consciência, movimentos oculares, movimentos faciais, função motora e ataxia de membros superiores e inferiores, assim como sensibilidade, linguagem, presença de disartria e de negligência visuo-espacial. Os escores de

cada item são somados, sendo obtido um valor total que varia de 0 a 42, no qual quanto maior for o escore, maior é o comprometimento neurológico. Além disso, com os participantes dos dois grupos da pesquisa foram aplicados questionários padronizados sob forma de entrevista para avaliação dos padrões de sono (IQSP, Hábitos do Sono e Epworth) e para identificação da qualidade de vida (SF-36), *vide* Figura 1.

Figura 1: Esquema representativo das etapas metodológicas aplicadas.



Fonte: Própria pesquisa (2012).

Para a avaliação da qualidade de sono foi utilizado o questionário Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), composto por 19 itens relativos aos hábitos de sono do mês anterior ao que o indivíduo se encontra, combinados em 7 componentes: Qualidade subjetiva do sono, Latência do sono, Duração do sono, Eficiência habitual do sono, Distúrbios do sono, Uso de medicação para dormir e Disfunção durante o dia. Cada componente recebe uma pontuação de 0 a 3, e os escores dos componentes são somados em um valor global que varia de 0 a 21, no qual escores maiores do que 5 implicam qualidade de sono ruim.

Na avaliação da presença de queixas foi utilizado o Questionário de Hábitos do Sono que é um instrumento validado e padronizado com 47 perguntas, que objetiva traçar um perfil do sujeito avaliado, referente a informações sobre sua família, condições de moradia, saúde, sono e atividades diárias. Neste estudo, foram utilizadas do referido instrumento informações sobre o sono para verificar a presença de queixas de sono (questão 16).

Para avaliar o nível de sonolência diurna foi utilizada a Escala de Sonolência Diurna de Epworth, que é um instrumento simples que cita oito situações específicas do dia a dia, com um escore de 0 a 3 para cada situação, no qual zero corresponde a “nenhuma chance de cochilar”, um corresponde a “pequena”, dois corresponde a “moderada” e três corresponde a “alta chance de cochilar”. A pontuação final varia de 0 a 24, de modo que é caracterizada a sonolência diurna excessiva para valores de escore acima de 10.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36), que é um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, formado por 36 itens, distribuídos em oito componentes, Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral da saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Seu escore final varia de 0 a 100, no qual o valor 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 ao melhor estado de saúde.

A pesquisa se iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (parecer nº 073/073/2010). De acordo com as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a bioética, os resultados da pesquisa podem ser divulgados sem a identificação dos participantes e os protocolos serão arquivados por cinco anos no Curso de Fisioterapia do UNIRN.

A análise descritiva (mediana, média e desvio padrão) e comparativa dos dados obtidos nos questionários de Qualidade do Sono, Hábitos do Sono, Sonolência Excessiva Diurna e Qualidade de vida dos grupos de saudáveis e pacientes pós-AVE foram realizadas através dos programas STATISTIC 7 e SPSS 17.0, utilizando o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Para a correlação destes parâmetros com o Tempo de Sequela e o Grau de Comprometimento Neurológico foi utilizado à *Correlação de Spearman*. Para todos os testes estatísticos, foi atribuído o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 41 participantes, sendo 24 pacientes (♀= 14; ♂=10) com idade de $55,2 \pm 10,3$ anos e por 17 indivíduos saudáveis (♀= 4; ♂=13) com idade de $44,3 \pm 3,6$ anos. Entre os pacientes foi observado a prevalência do número de mulheres, semelhante ao estudo de Cavalcanti et al. (2010), no qual mostra que pode haver a predominância discreta do sexo feminino (51,1%) também neste grupo. Entretanto, há diversas pesquisas anteriores que relatam a prevalência do sexo masculino (FALCÃO et al., 2004; PIRES; GAGLIARD; GORGONZI, 2004). Estas diferenças de resultados mostram que, apesar de não ter sido

encontrada associação estatística entre o AVE e o sexo dos pacientes (ANDRÉ, 2006), esse predomínio leve do sexo feminino entre os pacientes pode ser atribuído à faixa etária, pois a sobrevivência de mulheres até idades mais avançadas é superior à dos homens, o que poderia ocorrer um aumento aparente de casos de AVE na população feminina.

O grau de comprometimento neurológico para maioria dos pacientes foi classificado de leve a moderado (mediana=3; média= $3,8 \pm 3,3$ pontos), com predominância do hemisfério direito (70,8%) e em fase crônica de recuperação do AVE, com tempo médio após a lesão de $17,9 \pm 15,5$ meses (4,1% fase aguda, 25% fase subaguda e 69% fase crônica). Segundo Monteiro (2011), a maioria dos indivíduos pós-AVE apresentam hemisfério direito afetado, concordando também com os estudos do Ministério da Saúde (2010). De forma similar, no estudo de Costa et al. (2011), a maioria dos pacientes apresentaram hemisfério cerebral direito mais afetado (52,2%), embora com diferenças em relação ao grau de comprometimento dos pacientes que foi classificado de moderado a grave, sendo este fator atribuído ao fato de que a maioria dos pacientes se encontrarem na fase aguda da lesão (67,5%).

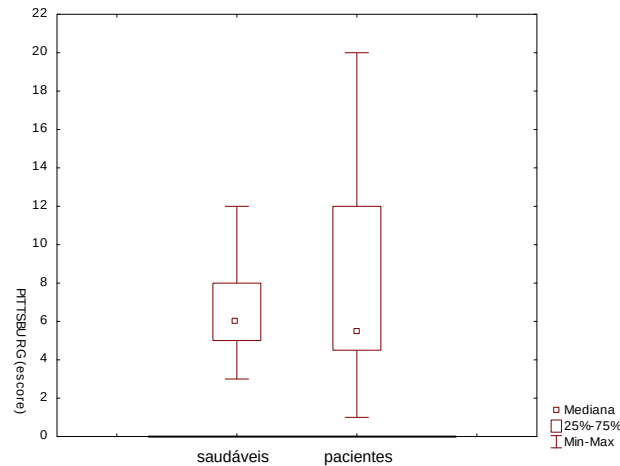
A diferença do resultado no grau de comprometimento neurológico no estudo citado pode ser atribuída à fase aguda da lesão, na qual é esperado que não ocorresse o retorno das funções neurológicas, diferentemente aos nossos achados em que a maioria dos pacientes encontrava-se em fase crônica, na qual pode ocorrer retorno das funções motoras e melhoras significativas na recuperação pós-AVE. A correlação existente entre o Grau de Comprometimento Neurológico e a Qualidade de sono (*Sperman*, $r=0,43$; $p<0,05$), evidencia que quanto maior o comprometimento neurológico pior será a qualidade do sono desses pacientes.

Na avaliação da qualidade de sono foi observado que os saudáveis apresentaram mediana igual a 6 pontos (média= $6,3 \pm 2,7$ pontos) e os pacientes pós-AVE mediana igual a 5 pontos (média= $8,0 \pm 5,7$ pontos), mostrando que o grupo de pacientes apresentou resultados com grande variabilidade, mas que apontam para uma qualidade do sono discretamente pior (*Teste Mann-Whitney*, $U=196,5$; $p>0,05$) (Gráfico 1). Na mesma direção dos nossos achados, o estudo de Rocha (2008) descreve que os pacientes, em sua maioria no estágio agudo, apresentam uma pior qualidade do sono, com resultados bem distintos entre os dois grupos.

De acordo com os resultados, a grande variabilidade encontrada para a qualidade de vida entre os pacientes e os resultados próximos ao apresentado pelos saudáveis, podem ser atribuídos ao fato de nosso estudo ter sido realizado como pacientes em estágio crônico, quando a melhora da hipoperfusão inicial é esperada na maioria dos pacientes pós-AVE,

principalmente nas fases subaguda e crônica. Por isso, embora os pacientes apresentem pior qualidade de sono em geral, esta análise parece depender da fase pós-AVE dos pacientes.

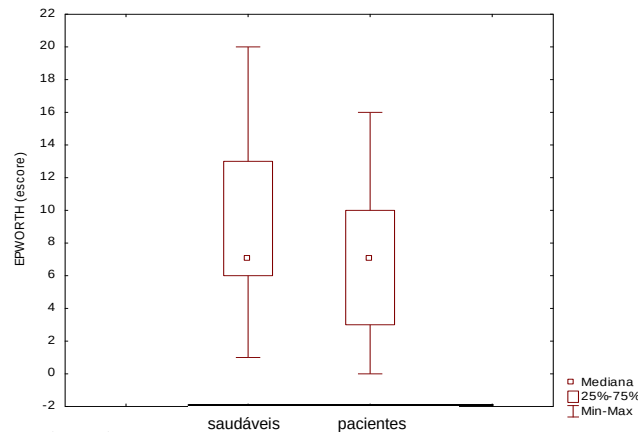
Gráfico 1 – Comparação da Qualidade do Sono dos indivíduos saudáveis e pacientes.



Fonte: Dados da Pesquisa (2012).

Observando o número de queixas do sono no questionário Hábitos do sono, foi visto que os pacientes apresentaram mediana igual a 1 ponto (média=1,6 ± 1,4 pontos), e os saudáveis apresentaram escore igual a zero (média= 0,2 ± 0,5 ponto). Os pacientes relataram maior número de queixas do que os saudáveis (*Teste Mann-Whitney*, $U=77,0$ $p=0,01$), sendo a insônia citada por 58% dos pacientes. O estudo de Rocha (2008), também apontou a insônia como a queixa mais prevalente entre os pacientes acometidos por uma AVE, isso ocorreu por se tratar de uma queixa comum entre os idosos, que fazem parte em sua maioria da nossa amostra, levando em consideração que dependendo da área lesionada pelo AVE, esse comportamento também é esperado.

Na avaliação da presença de sonolência excessiva diurna, o grupo de saudáveis apresentou mediana de 7 pontos (média=9,2 ± 6,1 pontos), e os pacientes apresentaram mediana similar de 7 pontos (média=7,0 ± 4,6 pontos). Dessa forma, os dois grupos não apresentaram sonolência excessiva diurna (*Teste Mann-Whitney*, $U=170,0$; $p>0,05$), semelhante aos resultados descritos nos estudos de Caroli (2012) e Campos et al. (2011), nos quais mostram que os pacientes pós-AVE não apresentam sonolência excessiva diurna. Além disso, esse resultado pode ser justificado pelo tamanho amostral pequeno, na qual a dissonia de sonolência excessiva diurna pode não ter sido evidenciada. Outro argumento estaria baseado no fato de que entre os saudáveis pode haver uma discreta diferença observada no valor da média, apontando que na população ativa, a rotina de trabalho e desempenho das tarefas podem induzir a um índice mais elevado para sonolência excessiva diurna (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Comparação da Sonolência Excessiva Diurna entre saudáveis e pacientes.

Fonte: Dados da Pesquisa (2012).

Foi observado também que quanto maior o escore de sonolência, pior será o estado geral de saúde (*Sperman*, $r=-0,31$; $p<0,05$), mostrando que indivíduos com sonolência excessiva diurna apresentam como consequência um pior estado geral de saúde. Isso pode ser explicado pelo fato da sonolência gerar prejuízos na QV, afetando assim o domínio especificado, que representa de uma forma geral a saúde dos indivíduos com sonolência.

Com relação à qualidade de vida avaliada, o escore geral para os saudáveis, apresentou mediana de 132,8 pontos (média=125,1 $\pm$ 15,0 pontos), já para os pacientes o escore apresentou mediana de 91,7 pontos (média=95,3 $\pm$ 14,5 pontos). Demonstrando que os pacientes com AVE relataram uma pior qualidade de vida quando comparados com os indivíduos saudáveis (*Teste Mann-Whitney*, $U=170,0$ $p>0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das categorias do questionário SF-36, comparando pacientes com AVE e indivíduos saudáveis.

	GRUPO AVE		GRUPO SAUDÁVEL		<i>p</i> -valor
	Mediana	Média $\pm$ dp	Mediana	Média $\pm$ dp	
SF-36**	91,7	95,3 $\pm$ 14,5	132,8	125,1 $\pm$ 15,0	0,01
<i>Limitações Físicas</i> **	0	30,2 $\pm$ 42,3	100,0	81,7 $\pm$ 28,7	0,01
<i>Dor</i>	84,0	82,7 $\pm$ 25,4	82,0	77,1 $\pm$ 23,7	0,40
<i>Estado Geral de Saúde</i> **	52,0	61,6 $\pm$ 21,0	80,0	79,7 $\pm$ 15,8	0,01
<i>Vitalidade</i> **	55,0	59,3 $\pm$ 60,9	80,0	78,2 $\pm$ 16,6	0,01
<i>Aspectos Sociais</i> **	62,2	60,9 $\pm$ 26,1	87,5	87,3 $\pm$ 11,8	0,01
<i>Aspectos Emocionais</i> *	49,5	52,7 $\pm$ 44,9	100,0	87,2 $\pm$ 19,2	0,05
<i>Saúde Mental</i> **	70,0	64,0 $\pm$ 21,1	84,0	83,2 $\pm$ 13,0	0,01
<i>Capacidade Funcional</i> **	32,5	37,2 $\pm$ 29,9	100,0	92,5 $\pm$ 9,2	0,01

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Analisando-se separadamente as categorias da qualidade de vida, foi observado que quanto pior a QV pior o grau para os critérios de Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental e Capacidade funcional (*Spearman*; $p > 0,05$). O estudo de Guajardo (2012) mostrou que pacientes pós-AVE apresenta uma qualidade de vida ruim, principalmente nos domínios de Aspectos Físicos e Aspectos Sociais. Já o estudo de Scalzo et al. (2010), mostrou que os pacientes apresentaram uma pior qualidade de vida nos domínios de aspectos físicos e capacidade funcional, o que pode ser justificado pelas manifestações clínicas provocadas pelo AVE, que causam prejuízo na autonomia e independência destes pacientes.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados da presente pesquisa, observa-se que:

- Os pacientes pós-AVE apresentam uma qualidade de sono ruim, que interfere de forma direta na qualidade de vida geral (QV) e específica para seus aspectos de Estado geral de saúde, Aspectos emocionais e Capacidade funcional.
- Em decorrência do AVE, os pacientes relataram um maior número de queixas de sono, sendo a insônia a mais prevalente, essa diferença não implica no relato de sonolência excessiva diurna.
- A qualidade de vida dos pacientes foi influenciada pelo acometimento do AVE, sofrendo comprometimentos significativos em todos os domínios avaliados, principalmente nos Aspectos Físicos e Capacidade funcional.
- Sugere-se que o AVE pode afetar o processo homeostático de regulação do sono e interferir na qualidade de vida dos pacientes, o que pode ser levado em consideração na abordagem clínica, diagnóstica e terapêutica pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, para garantir não apenas o cuidado a doença, mas também a qualidade do sono e de vida (durante o dia e a noite), que podem interferir na recuperação da doença e nas relações psicossociais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (AASS). **Internactional classification of sleep disorders, reviserd: diagnostic and coding manual**. Chicago, 2001.

AECK, M.P.A.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL - bref”. **Rev Saúde Pública**, v. 34, p. 178-83, 2001.

ALMEIDA, C. M. O.; POYARES, D.; TUFIK, S. Síndrome da Apnéia-Hipopnéia Obstrutiva do Sono e Doença Cérebro Vascular. **Rev Neurocienc**, v.16, n.3, p. 231-236, 2008.

ANDRE, C. AVC agudo In: **Manual de AVC**. Rio de Janeiro. Revinter, p. 37-51, 2006.

AUTRET, A. et al. Sleep and brain lesion: a critical review of the literature and additional new cases. **Neurophysiology Clinical**, v. 31, p. 356-375, 2001.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 28p.

CAMPOS, T. F. et al. Cronotipo e implicações para sua utilização na fisioterapia em pacientes com acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 258-63, 2011.

CAROLI, M. P. D.. **Relação entre acidente vascular cerebral e transtornos do sono**. (tese). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, 2012.

CARVAINO, M. A. N. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Rev Arq Bras Cardiol**, 2012.

CAVALCANTE, T. F. et al. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 6, 2010.

CHAVES, M. Acidente Vascular Encefálico, conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, v.7, p. 372-72, 2000.

COSTA, F. A. et al. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 1341-1348, 2011.

FALCÃO, I. V. et al. Acidente Vascular Cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, p.95-102, 2004.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 157-168, 2006.

GUAJARDO, V. A. D. **Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com acidente vascular cerebral**. (tese). São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

JARACZ, K., KOZUBSKI W. Quality of life in stroke patients. **Acta Neurol Scand**, v. 107, n. 5, p. 324-9, 2003.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, p. 3-4, 2005.

MASSARO, A. et al. Clinical discriminators between acute brain hemorrhage and infarction. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, p. 185-191, 2002.

MARTINS JUNIOR., A. N. N. et al. Frequency of stroke types at an emergency hospital in Natal. Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, p. 1139-1143, 2007.

MELLO, M. T. et al. Avaliação do padrão e das queixas relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário dos atletas brasileiro participantes da Paraolimpíada em Sidney – 2000. **Revista Brasileira de Medicina e Esportes**, v. 8, p. 122-128, 2002.

MONTEIRO, S. M. **Caracterização funcional de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico assistidos em uma unidade de terapia intensiva**. (tese). Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2011.

O’SULLIVAN S.B.; SCHMITZ T. J. Acidente vascular encefálico. In: O’SULLIVAN SB, SCHMITZ TJ. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 531-49.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, p. 1-23, 2006.

PIRES, S. L.; GAGLIARD, R. J.; GORGONZI, L. M. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em idosos. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, v. 62, p. 884-851, 2004

RIBEIRO, F. B. **Prevalência e fatores associados à solicitação de fisioterapia em pacientes hospitalizados por acidente vascular encefálico na fase aguda**. Dissertação (Mestrado em fisioterapia) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2004.

ROCHA, P. C. **Qualidade subjetiva do sono e queixa de insônia em paciente com acidente vascular cerebral**. (Mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

SANTOS A. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Psiq**, v. 10, n. 3, p. 317-24, 2006.

SANTOS, F. L. S. G. et al. Vascular Cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 58-61, 2012.

SCALZO, P. L. et al. Quality of life in patients with stroke: physical therapy clinic Puc Minas Betim . **Rev Neurocienc**, v. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SCHUILING, W. J. et al.. Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. **Stroke**, v. 36, p. 578-582, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CÉREBRO VASCULARES (SBDCV). Primeiro Consenso Brasileiro para Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, v. 60, p. 675-680, 2002.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. B. et al. Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. **Arch Phys Med Rehabil**, 1999.

TELES, M. S.; GUSMÃO, C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 1, p.42-49, 2012.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Assimetria e desempenho funcional em Hemiplégicos crônicos antes e após programa de treinamento em academia. **Rev bras fisioter**, v. 9, p. 227-33, 2005.

TRINDADE, APNT. Et al. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**,; v. 19, n. 1, p. 61-67, 2001.

TUFIK, Sergio. **Medicina e Biologia do Sono**. São Paulo, Ed. Manole, 2008.

TUREK, F. W.; DUGOVIC, C.; ZEE, P. C. Current understanding of the circadian clock and the clinical implications for neurological disorders. **Archives of Neurology**, v. 58, p. 1781-1787, 2001.

VESTLING, M.; TUFVESSON, B.; IWARSSON, S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. **J Rehabil Med**, v. 35, n. 3, p. 127-31, 2003.