



Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa

Perceived stress in elderly stroke survivors after hospital discharge to home
Estrés notado en los ancianos supervivientes de AVC luego de alta hospitalaria

Emanuella Barros dos Santos¹, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues¹, Sueli Marques¹, Octávio Marques Pontes-Neto²

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between perceived stress and comorbidities, neurological deficit, functional independence and depressive symptoms of stroke survivors after hospital discharge. **Method:** Cross-sectional study with 90 elderly stroke survivors. The National Institutes of Health Stroke Scale instrument, the Functional Independence Measure instrument, the Geriatric Depression Scale and the Perceived Stress Scale were used. Bivariate Pearson correlation, independent t test and multiple regression analysis were used to evaluate the relationship between perceived stress and other variables. **Results:** The final regression model showed that higher perceived stress was related to less functional independence ($p= 0.022$) and more depressive symptoms ($p < 0.001$). **Conclusion:** At hospital discharge, interventions should be planned for the treatment of depressive symptoms and to create adaptation strategies to the reduction of functional independence, in order to reduce the stress of the survivors.

DESCRIPTORS

Aged; Stroke; Stress, Psychological; Activities of Daily Living; Depression.

Autor Correspondente:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900 - Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil
rosalina@eerp.usp.br

Recebido: 28/11/2014
Aprovado: 23/05/2015

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda causa de morte⁽¹⁾ e a terceira causa mais comum de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no mundo⁽²⁾. O número absoluto de pessoas com primeiro AVC aumentou em 68% nas últimas décadas em todo o mundo. Além disso, o número de pessoas que sobreviveram ao AVC aumentou em 84%. Se essa tendência persistir, no ano de 2030 o mundo terá 70 milhões de sobreviventes do AVC⁽³⁾.

No Brasil, apesar de a taxa de mortalidade decorrente do AVC ter diminuído em todo o país entre os anos de 2004 e 2009⁽⁴⁾, essa doença ainda é uma das principais causas de morte⁽⁵⁾. As tendências atuais da incidência do AVC no país ainda são desconhecidas. Entretanto, devido ao envelhecimento populacional, à transição epidemiológica e à redução da letalidade do AVC em países de média renda, como o Brasil, é esperado que ocorra o aumento da incidência dessa doença, do número de sobreviventes e dos anos de vida perdidos por incapacidade⁽³⁾.

Para o sobrevivente, a volta para casa após a hospitalização devido ao AVC, a princípio, é um momento de alegria e de tentativa de restabelecimento da normalidade⁽⁶⁾. Entretanto, ao perceber que não consegue realizar as atividades do dia a dia como antes e que houve perda da sua rotina diária, a volta para casa torna-se uma experiência desafiadora e um período crítico⁽⁷⁾. É nesse momento que o sobrevivente percebe o verdadeiro impacto e as repercussões do AVC em sua vida^(6,8). Ele começa a fazer comparações da vida atual com a anterior ao AVC, na tentativa de reconciliar sua identidade e pelo desejo de voltar a ser quem era antes⁽⁸⁾.

O acontecimento de um grande evento, como o AVC, pode tornar estressante a vida dos seus sobreviventes⁽⁹⁾. Segundo a teoria transacional do estresse, o estresse psicológico é uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, que é avaliada por ele como excedendo seus recursos de enfrentamento e ameaçando seu bem-estar⁽⁹⁾. Essa avaliação consiste em um processo que define por que 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 interpretado pelo indivíduo⁽⁹⁾.

Estudos evidenciaram que o estresse vivenciado pelos sobreviventes do AVC, após a alta para casa, está diretamente relacionado à sua independência funcional⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e à presença de sintomas depressivos⁽¹¹⁾. Sobreviventes do AVC com menor independência funcional⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e maior número de sintomas depressivos⁽¹¹⁾ apresentam maior nível de estresse na volta para casa após a alta hospitalar.

O estresse psicológico pode ser prejudicial para vida dos sobreviventes do AVC. Quando persiste por um longo período, o estresse pode causar alterações no comportamento emocional, na função social, nos processos intelectuais, nas crenças espirituais, gerar sofrimento, tornar a comunicação menos efetiva e contribuir para o desenvolvimento de doença⁽⁹⁾.

Apesar de o grande impacto que o estresse psicológico pode causar na vida dos sobreviventes do AVC, a produção científica sobre o estresse percebido e seus preditores

permanece escassa. A maioria das publicações que fazem conexão entre “estresse e AVC” refere-se ao estresse fisiológico (por exemplo, estresse oxidativo nas células) ou à adaptação e sobrecarga da família frente às incapacidades do seu familiar sobrevivente do AVC, com algumas exceções⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Frente a essas considerações, este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o estresse percebido e as variáveis clínicas (comorbidades, déficit neurológico, independência funcional e sintomas depressivos) e variáveis sociodemográficas dos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo observacional e transversal. A população foi constituída por idosos sobreviventes do AVC atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Fizeram parte da amostra os idosos sobreviventes do AVC atendidos entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012 e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou maior que 60 anos; (2) diagnóstico médico do primeiro evento de AVC; (3) residir nos municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-13); (4) comunicar-se verbalmente; e (5) apresentar função cognitiva preservada.

Para a avaliação da função cognitiva, foi utilizada a versão brasileira do Miniexame do Estado Mental (MEEM). O ponto de corte, adaptado para o nível educacional da população brasileira, é de 13 para os analfabetos, 18 para aqueles que estudaram entre 1 e 8 anos e 26 para aqueles que estudaram mais de 8 anos⁽¹²⁾. Os critérios de exclusão foram: (1) ter comorbidade neurológica; (2) residir em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); e (3) ter afasia global. O fluxograma da seleção da amostra está apresentado na Figura 1.

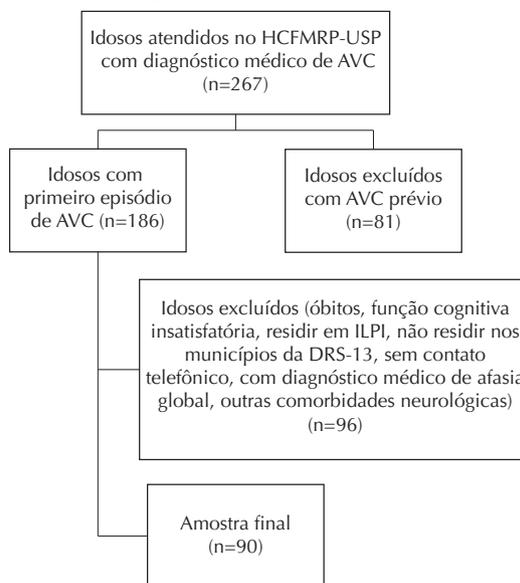


Figura 1 – Fluxograma da seleção da amostra do estudo - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente do estudo é o estresse percebido (escore da Escala de Estresse Percebido – 10 itens) e as variáveis independentes são: idade (anos); sexo (feminino, masculino); *status* de residência (reside sozinho ou com alguém); presença de cuidador (ter ou não cuidador formal ou informal); comorbidades (número de comorbidades); déficit neurológico (escore da *National Institutes of Health Stroke Scale*); independência funcional (escore da Medida de Independência Funcional); sintomas depressivos (escore da Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens).

PROCEDIMENTOS

Primeiramente, os sobreviventes de AVC foram identificados por meio do prontuário médico. Após a alta hospitalar para casa foi realizado contato telefônico para convidá-los a participar da pesquisa e agendar a data para a coleta de dados, caso estivessem de acordo. A coleta de dados foi realizada de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, no domicílio dos idosos, duas semanas após a alta hospitalar, por uma enfermeira treinada para aplicação dos instrumentos.

INSTRUMENTOS

Para o levantamento dos dados sociodemográficos foi utilizado o roteiro estruturado contendo as seguintes variáveis: idade (anos), sexo, escolaridade (anos de educação formal), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo), *status* de residência (reside sozinho ou com alguém) e presença de cuidador (ter ou não cuidador formal ou informal). O tipo de AVC e as comorbidades foram coletados do prontuário médico.

O déficit neurológico foi avaliado por meio da versão brasileira da *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS)⁽¹³⁾. Essa é uma escala de uso sistemático que permite uma avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados ao AVC, sendo composta por 15 itens que avaliam os seguintes domínios: consciência, visão, movimentos extraoculares, paralisia facial, força muscular nos membros, ataxia, sensibilidade, fala e linguagem. O escore total varia entre 0 e 42 pontos, sendo que escores mais altos sugerem maior comprometimento neurológico. De acordo com o escore NIHSS, o AVC pode ser classificado como: leve (< 4)⁽¹⁴⁾, moderado (≥ 4 e ≤ 15) e grave (> 15). A versão brasileira desta escala apresentou coeficiente de correlação intraclasse de 0,902 (IC 95% = 0,84-0,94)⁽¹³⁾.

A versão brasileira da Medida de Independência Funcional (MIF)⁽¹⁵⁾ foi utilizada para avaliar o grau de assistência requerida pelos sobreviventes do AVC para realização de atividades da vida diária. Essa escala é dividida em duas subescalas, motora e cognitiva, e é constituída de 18 itens que avaliam o desempenho no autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. A pontuação de cada item pode variar de 1 (dependência total) a 7 (independência total). A pontuação da subescala motora varia entre 13 e 91 pontos; da subescala cognitiva, entre 5 e 35 pontos. A pontuação total da MIF varia entre 18 e 126, sendo que escores mais altos indicam maior independência funcional. Na versão brasileira,

as subescalas da MIF mostraram boa correlação com teste-reteste (Pearson: 0,91-0,98; IC: 0,91-0,98) e entre os dois observadores (Pearson: 0,87-0,98; IC: 0,87-0,98)⁽¹⁵⁾.

Para avaliar os sintomas depressivos, foi utilizada a versão da brasileira da Escala de Depressão Geriátrica, 15 itens (EGD-15)⁽¹⁶⁾. Essa escala é constituída por 15 itens, possuindo resposta dicotômica (sim ou não) para as perguntas. A pontuação da escala varia entre 0 e 15 pontos, sendo que escore maior ou igual a 6 indica a presença de sintomas depressivos. A versão brasileira da escala apresentou boa correlação com teste-reteste ($\rho=0,86$; $p<0,001$) e o coeficiente kappa de 0,64⁽¹⁶⁾.

A versão brasileira da Escala de Estresse Percebido, 10 itens (EEP-10)⁽¹⁷⁾, foi utilizada para medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações ou os eventos como estressantes. Cada item consiste em afirmações que devem ser pontuadas entre 0 e 4, de acordo com a frequência em que ocorrem. Os escores totais podem variar de 0 a 40, sendo que escores mais altos sugerem níveis mais elevados de estresse. Essa escala não apresenta nota de corte para classificação do nível de estresse. A versão brasileira da EEP-10 apresentou coeficiente de confiança de 0,83⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, e foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, segundo Processo nº 10358/210 e Of. CEP-FMRP/USP – 3577/2010. Todos os participantes que foram convidados a participar do estudo aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram importados para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0, para análise. A técnica de estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis. Correlação bivariada de Pearson, teste t independente e análise de regressão múltipla foram utilizados para avaliar as relações entre o estresse percebido e as outras variáveis.

Uma série de análises de regressão múltipla foi realizada para encontrar o modelo que melhor explicava o estresse percebido (EEP-10). Foram construídos dois blocos de variáveis: bloco das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, *status* de residência, presença de cuidador) e bloco das variáveis clínicas (comorbidades, NIHSS, FIM, EGD-15). Cada bloco foi analisado separadamente e as variáveis estatisticamente significativas de cada bloco foram adicionadas ao modelo final. O nível de significância foi estabelecido em $\alpha < 0,05$.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos 90 sobreviventes do AVC estão apresentadas na Tabela 1. A média da idade foi de 71,2 (dp = 8,4), variando entre 60 e 94 anos. Não houve diferença entre as médias de idade entre homens

e mulheres ($p = 0,225$). A maioria dos sobreviventes casados (77%) era do sexo masculino. Cerca de 90% dos sobreviventes do AVC residiam com alguém, sendo mais frequentes aqueles que moravam com cônjuge (22,1%) e com cônjuge e filho/filha (21,1%). Dentre os sobreviventes que tinham cuidador, 35% recebiam cuidados dos filhos e 33,3%, dos cônjuges.

Tabela 1 – Distribuição dos sobreviventes do AVC, segundo as variáveis sociodemográficas - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Número Absoluto (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	39	43,3
Masculino	51	56,7
Idade (anos)		
60 – 64	23	25,6
65 – 69	20	22,2
70 – 74	17	18,9
75 – 79	11	12,2
80 e mais	19	21,1
Estado Civil		
Solteiro	6	6,7
Casado	48	53,3
Divorciado/Separado	36	40
Escolaridade (anos de educação formal)		
Nenhum	24	26,7
1 – 4	50	55,6
5 – 8	10	11,1
9 – 12	3	3,3
13 e mais	3	3,3
Presença do cuidador		
Sim	45	50
Não	45	50

Quanto ao tipo do AVC, 92,2% dos sobreviventes sofreram AVC isquêmico. A média do número de comorbidade foi de 2,44 ($dp = 1,35$). As três comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (86,7%), diabetes mellitus (37,8%) e doença cardíaca (32,2%). Quarenta e seis sobreviventes do AVC (51%) apresentavam três ou mais comorbidades.

A média, o desvio-padrão e a mediana das variáveis NIHSS, MIF, EGD-15 e EEP-10 dos sobreviventes do AVC, coletadas após a alta para casa, estão apresentados na Tabela 2. A pontuação média no PSS-10 foi 14,04 ($IC_{95\%} = 12,26-15,85$).

Quanto à gravidade do AVC, 68,9% sofreram AVC leve, 27,8% moderado e 3,3% grave. De acordo com o MIF, 70% dos sobreviventes do AVC apresentavam independência modificada para realização das atividades da vida diária. Vinte e cinco sobreviventes (27,7%) apresentavam sintomas depressivos, de acordo a EGD-15.

Não houve diferença entre as médias da EEP-10 em relação ao sexo ($p = 0,134$) e ao *status* de residência ($p = 0,08$).

Também não houve relação entre a idade e estresse percebido ($r = -0,02$, $p = 0,85$). A diferença entre as médias da EEP-10 dos sobreviventes com e sem um cuidador foi de 8,13 ($p < 0,001$). Não houve relação entre o número de comorbidades e estresse percebido ($r = 0,167$, $p = 0,116$). Maior nível de estresse percebido estava relacionado a pior déficit neurológico (NIHSS) ($r = 0,534$, $p < 0,001$), maior comprometimento da função cognitiva (MIF cognitiva) ($r = -0,363$, $p < 0,001$) e motora (MIF motor) ($r = -0,545$, $p < 0,001$) e maior número de sintomas depressivos (EGD-15) ($r = 0,604$, $p < 0,001$).

Tabela 2 – Distribuição dos valores (média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo) da NIHSS, MIF (total, cognitiva e motora), EGD-15 e EEP-10 dos sobreviventes do AVC - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Média (dp)	Mediana	Varição
NIHSS	3,73(4,5)	2	0 – 18
MIF (total)	102,99 (24,1)	115	45 – 126
MIF Cognitiva	33,11 (2,36)	34	22 – 35
MIF Motora	69,89 (23,08)	80	15 – 91
EGD-15	3,47 (3,03)	2,5	0 – 10
EEP-10	14,04 (8,5)	13	2 – 38

Após a realização das regressões múltiplas nos blocos das variáveis sociodemográficas e clínicas, as variáveis estatisticamente significativas foram “presença de cuidador”, MIF e EGD-15. Por conseguinte, o modelo final foi constituído por essas variáveis, conforme demonstrado na Tabela 3. Esse modelo explicou 63% da variação da pontuação EEP-10, o que foi significativo ($F_{3,86} = 51,48$, $p < 0,001$). Maior nível de estresse percebido estava associado à menor independência funcional e ao maior número de sintomas depressivos.

Tabela 3 – Modelo de regressão linear múltipla com três variáveis explicativas para o estresse percebido (EEP-10) - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012.

Modelo	B	95% IC para B	p-valor
Constante	18,39	(12,39; 24,38)	0,000
MIF (total)	-0,08	(-0,15; -0,01)	0,022
EGD-15	1,77	(1,37; 2,17)	0,000
Presença do cuidador	-1,60	(-4,72; 1,51)	0,308

DISCUSSÃO

Sofrer AVC é um episódio inesperado e que acarreta em mudanças abruptas na vida do sobrevivente⁽¹⁸⁾, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante, uma vez que representa ameaça ao senso de controle pessoal. Nossos achados sugeriram que o estresse percebido dos sobreviventes do AVC está relacionado à independência funcional e aos sintomas depressivos. Outros autores relataram

resultados semelhantes⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em um estudo longitudinal realizado no Texas sobre o estresse percebido de 159 sobreviventes do AVC⁽¹⁰⁾, foi evidenciado que os sobreviventes com menor independência funcional apresentaram maior nível de estresse no primeiro ano após a alta para casa. De forma similar, em um estudo transversal de 97 sobreviventes do AVC, observou-se uma relação negativa entre o estresse percebido e a independência funcional dos sobreviventes imediatamente após a alta para casa⁽¹¹⁾.

A relação entre o estresse e a independência funcional é bastante plausível. A perda total ou parcial da independência é uma das experiências de transição mais difíceis para os sobreviventes do AVC^(6-7,18). Para eles, a participação nas atividades da vida diária representa algo mais do que o cumprimento da sua rotina; representa a sua identidade/existência e satisfação em um processo dinâmico⁽⁷⁾. A necessidade de assistência para a realização das atividades da vida diária pode despertar sentimento de perda de controle sobre a própria vida e, até mesmo, de perda da identidade. Como resultado do conflito de identidade e do sentimento de serem incapazes de gerir a própria vida, os sobreviventes do AVC descrevem suas vidas como estressante, desafiadora e difícil de lidar⁽⁷⁾.

Vale ressaltar que a amostra do presente estudo é constituída apenas de idosos. Nesta fase da vida, as pessoas têm que se adaptar a uma série de mudanças físicas, psicológicas e psicossociais relacionadas à idade. Os idosos vivenciam muitas perdas, incluindo o declínio da saúde, a perda das atividades profissionais, a morte de amigos e cônjuge⁽¹⁹⁾. Consequentemente, o fator idade por si só gera muitas demandas que os idosos têm que se adaptar. A ocorrência do AVC e, por conseguinte, a redução repentina da independência funcional podem gerar novas demandas, o que pode exigir dos idosos recursos além do que eles têm disponíveis e, quando isso acontece, eles vivenciam o estresse.

A volta para casa após a alta hospitalar é acompanhada de muitas mudanças na vida dos sobreviventes do AVC e essas alterações podem causar sentimentos de frustração, raiva, tristeza, perda, dor e depressão⁽⁸⁾. Nossos resultados sugeriram que o sintoma depressivo é outro fator associado ao estresse percebido dos sobreviventes do AVC após a alta para casa. Nossos achados estão em consonância com os resultados do estudo transversal que, com o objetivo de identificar os preditores do estresse percebido de 97 sobreviventes do AVC imediatamente após a alta para casa, evidenciou que maior número de sintomas depressivos estava relacionado ao maior nível de estresse percebido⁽¹¹⁾. De forma similar, um estudo realizado no estado da Geórgia, nos Estados Unidos, também verificou uma forte correlação positiva entre estresse percebido e os sintomas depressivos dos sobreviventes do AVC, independentemente do hemisfério cerebral afetado pelo AVC⁽²⁰⁾.

Devido ao delineamento do nosso estudo, não podemos inferir que o estresse causa sintomas depressivos ou que os sintomas depressivos causam estresse, mas apenas sugerir que essas duas variáveis apresentam uma forte correlação positiva. Na literatura, há fortes evidências indicando que o estresse desempenha papel causal em muitos casos de

depressão⁽²¹⁾. Deve-se salientar que a depressão é uma importante variável para a amostra do nosso estudo, já que é uma comorbidade frequente entre os idosos. A prevalência de depressão nessa população varia entre 0,9% e 42%⁽²²⁾. Ainda não está claro se a prevalência da depressão aumenta ou diminuiu com a idade. Em uma revisão sistemática sobre a relação entre a idade e risco de depressão realizada em 2012, foi sugerido que a idade avançada parece ser um fator de risco importante para depressão na população idosa em geral com idade menor que 80 anos⁽²³⁾. Diante desses dados e da premissa de que o estresse causa depressão, para os idosos sobreviventes do AVC, o estresse seria mais um fator de risco para depressão, além do fator idade.

A teoria do transacional do estresse postula que eventos catastróficos, como o AVC, produzem resultados físicos e psicossociais que precisam ser identificados e tratados para que a adaptação ocorra⁽⁹⁾. A independência funcional e os sintomas depressivos apresentaram-se, no nosso estudo, como fatores relacionados ao estresse dos sobreviventes do AVC após a alta para casa. Por conseguinte, os profissionais de saúde devem antecipar-se e realizar o rastreamento para identificação e tratamento dos sintomas depressivos e implementar intervenções para adaptação à redução da independência funcional, tanto no momento da alta hospitalar quanto na volta para casa por meio de serviços de monitoramento, a fim de tornar o processo de transição do hospital para casa menos caótico e estressante para o sobrevivente do AVC.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A maior limitação do estudo foi avaliar o estresse e as variáveis relacionadas em apenas um momento. Estudos longitudinais devem ser conduzidos a fim de avaliar como o estresse dos sobreviventes do AVC apresenta-se ao longo do tempo e quais são os preditores de estresse percebido em três, seis ou doze meses após a alta hospitalar para casa. A exclusão de sobreviventes com déficit cognitivo e afásico é outra limitação, visto que esses sobreviventes podem apresentar maior nível de estresse⁽²⁴⁾ e outros fatores relacionados.

CONCLUSÃO

A volta para casa após a alta hospitalar é um momento crítico na vida dos sobreviventes do AVC. As mudanças decorrentes do AVC têm grande potencial de serem vivenciadas como estressantes pelos seus sobreviventes.

Nossos resultados sugeriram que o estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC, após a alta para casa, apresenta relação com os sintomas depressivos e a independência funcional, pois maior nível de estresse dos sobreviventes do AVC está relacionado à menor independência funcional e ao maior número de sintomas depressivos.

Os profissionais de saúde devem considerar os sintomas depressivos e a redução da independência funcional no momento da alta hospitalar. O plano de alta e as intervenções para os sobreviventes do AVC devem ser elaborados e direcionados para o tratamento dos sintomas depressivos e estratégias de adaptação à redução da independência, a fim de reduzir o estresse da vida dos sobreviventes, assim como facilitar a recuperação e reintegração à comunidade.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre o estresse percebido e comorbidades, déficit neurológico, independência funcional e sintomas depressivos dos sobreviventes do Acidente Vascular Cerebral (AVC) após a alta. **Método:** Estudo transversal com 90 idosos sobreviventes do AVC. Foram utilizados os instrumentos *National Institutes of Health Stroke Scale*, Medida da Independência Funcional, Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Estresse Percebido. Correlação bivariada de Pearson, teste t independente e análise de regressão múltipla foram utilizados para avaliar as relações entre o estresse percebido e as outras variáveis. **Resultados:** O modelo final da regressão evidenciou que maior estresse percebido estava relacionado à menor independência funcional ($p = 0,022$) e ao maior número de sintomas depressivos ($p < 0,001$). **Conclusão:** No momento da alta para casa, intervenções devem ser planejadas para o tratamento dos sintomas depressivos e para criar estratégias de adaptação à redução da independência funcional, a fim de reduzir o estresse dos sobreviventes.

DESCRITORES

Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Estresse Psicológico; Atividades Cotidianas; Depressão.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre el estrés percibido y comorbidades, déficit neurológico, independencia funcional y síntomas depresivos de los supervivientes del Accidente Vascular Cerebral (AVC) después del alta. **Método:** Estudio transversal con 90 ancianos supervivientes de AVC. Fueron empleados los instrumentos *National Institutes of Health Stroke Scale*, Medida de la Independencia Funcional, Escala de Depresión Geriátrica y Escala de Estrés Percibido. Correlación bivariada de Pearson, prueba t independiente y análisis de regresión múltiple fueron utilizados para valorar las relaciones entre el estrés percibido y las otras variables. **Resultados:** El modelo final de la regresión evidenció que el mayor estrés percibido estaba relacionado con la menor independencia funcional ($p=0,022$) y el mayor número de síntomas depresivos ($p<0,001$). **Conclusión:** En el momento del alta hospitalaria, se deben planificar las intervenciones para el tratamiento de los síntomas depresivos y para crear estrategias de adaptación a la reducción de la independencia funcional, a fin de reducir el estrés de los supervivientes.

DESCRIPTORES

Anciano; Accidente Cerebrovascular; Estrés Psicológico; Actividades Cotidianas; Depresión.

REFERÊNCIAS

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, 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*. 2012; 380(9859):2095-128.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life-years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2197-223.
- Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;18;383(9913):245-54.
- Lotufo PA, Goulart AC, Fernandes TG, Benseñor IM. A reappraisal of stroke mortality trends in Brazil (1979-2009). *Int J Stroke*. 2013;8(3):155-63.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 set. 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Eilertsen G, Kirkevold M, Bjørk IT. Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. *J Clin Nurs*. 2010;19(13-14):2004-13.
- Fallahpour M, Jonsson H, Joghataei MT, Nasrabadi AN, Tham K. "I am not living my life": lived experience of participation in everyday occupations after stroke in Tehran. *J Rehabil Med*. 2013;45(6):528-34.
- Lutz BJ, Young ME, Cox KJ, Martz C, Creasy KR. The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. *Top Stroke Rehabil*. 2011;18(6):786-97.
- Lazarus RS, Folkman L. Stress, coping and adaptation. New York: Springer; 1984.
- Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG, Godwin KM. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2009;16(2):93-104.
- Ostwald SK, Swank PR, Khan MM. Predictors of functional independence and stress level of stroke survivors at discharge from inpatient rehabilitation. *J Cardiovas Nurs*. 2008;23(4):371-77.
- Bertolucci PHF, Bruckil SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, 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. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27(2):119-22.
- Fischer U, Baumgartner A, Arnold M, Nedeltchev K, Gralla J, De Marchis GM, et al. What is a minor stroke? *Stroke*. 2010;41(4):661-6.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2001;8(1):45-52.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2b):421-6.
- Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
- Taule T, Raheim M. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disabil Rehabil*. 2014;36(25):2107-19.

19. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A 3rd. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1996;51(4):179-88.
20. Laures-Gore JS, Defife LC. Perceived stress and depression in left and right hemisphere post-stroke patients. *Neuropsychol Rehabil.* 2013;23(6):783-97.
21. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:293-319.
22. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.
23. Zhao KX, Huang CQ, Xiao Q, Gao Y, Liu QX, Wang ZR, et al. Age and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of the published literature. *CNS Spectr.* 2012;17(3):142-54.
24. Santos AT, Leyendecker DD, Costa AL, Souza-Talarico JN. Subjective memory complain in healthy elderly: influence of depressive symptoms, perceived stress and self-esteem. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2012 [cited 2014 Apr 22];46(n.spe):24-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_04.pdf