



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARÍZIA VILANOVA ANDRADE

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHERES NA IDADE FERTIL:
IMPACTO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIARIA**

FORTALEZA

2017

KARÍZIA VILANOVA ANDRADE

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHERES NA IDADE FERTIL: IMPACTO
NAS ATIVIDADES DE VIDA DIARIA

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Priscila Souza Aquino

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Priscila de Souza Aquino (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Prof. Dr. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Prof. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Universidade Federal do Ceará (UFC)

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A567a Andrade, Karízia Vilanova.
Acidente Vascular Cerebral em mulheres em idade fértil: impacto nas atividades de vida diária /
Karízia Vilanova Andrade. – 2017.
104 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino .
1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Enfermagem. 3. Saúde da Mulher. 4. Avaliação da deficiência. I.
Título.

CDD 610.73

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido realizar esse sonho, que desde o início foi um desafio pessoal e profissional. Senti Sua participação fiel em cada detalhe.

Aos meus pais, Evandro e Evanilde, por todo empenho desde o período escolar. Essa conquista é mais de vocês que minha.

Aos meus queridos irmãos, Karyne, Evandro e Karym, que tanto amo e prezo a amizade inigualável deles. Obrigada por acreditarem sempre em mim.

À minha sobrinha amada Ana Letícia. Não tenho palavras para descrever sua força na minha vida.

Ao meu esposo, Carlos Eduardo, pelo companheirismo e palavras de força nessa trajetória, foi essencial para eu conseguir.

Ao meu filho Eduardo por aprender a brincar ao meu lado nas horas ininterruptas de estudo. Por você sempre vou seguir.

À minha querida orientadora, Priscila Aquino, por sempre acreditar no estudo, pela amizade, pelo empenho no crescimento de seus orientandos. Felizarda por ser ela.

Aos meus grandes amigos, que são muitos e leais, em especial a minha parceira de vida e de coleta Adman Câmara. Tinha de ser você. Deus é muito bom.

Ao grupo de Planejamento familiar, tão harmonioso e envolvido com melhorias, em especial a Prof^a Escolástica, de olhar e brilho único. Obrigada professora por ter acreditado na ampliação desse estudo e por ter aceitado participar da banca examinadora.

Ao grupo Saúde Sexual e reprodutiva, por ter oportunizado momentos valiosos de aprendizado e descontração, em especial a líder admirada desde a graduação, prof.^a Karina. Muito obrigada pela participação valedoura.

Às colegas graduandas que nos ajudaram na fase da coleta, em especial, a querida Janássia, Tati, Vivien e Dayana.

Ao meu grupo de mestrado, em especial aos grandes presentes para a vida, Anna Virgínia, Camila Almeida e Evelyne Martins.

A todas as pacientes e profissionais dos hospitais que fizemos a coleta.

A todos que acreditam em mim e me apoiam. Muito obrigada.

RESUMO

Objetivou-se analisar o desempenho das atividades de vida diária em mulheres em idade fértil na fase aguda do AVC e três meses após o acometimento. Trata-se de estudo de desenho longitudinal e analítico correlacional, realizado em três hospitais públicos do município de Fortaleza, estado do Ceará. A população envolveu as mulheres em idade fértil, na faixa etária de 15 a 49 anos de idade, com diagnóstico de AVC. A amostra foi composta por 109 mulheres. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2015 à outubro de 2016. Para avaliação do grau de incapacidade e limitações nas atividades de vida diárias, foi utilizado o Índice de Barthel Modificado (IBM). Os dados foram organizados pelo software Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0. Na análise de associação entre variáveis, optou-se pelos testes Qui-quadrado de *Pearson* e Razão de Verossimilhança, com adoção de $p < 0,05$ para consideração de associação estatística significativa. Os aspectos éticos foram respeitados. Quanto ao tipo de AVC, 67 (62%) foram acometidas por AVCi, 33 (30,6%) por AVCh e 8 (7,4%) por TVC. A idade variou de 18 a 49 anos. Dessas, 74 (67,9%) apresentavam união estável, 73(67%) tinha renda de até dois salários mínimos e 56 (51,3%) não eram ativas economicamente. Houve associação significativa entre procedência, renda e raça, na qual a maior dependência para as AVDs foi encontrada em mulheres do interior, com menor renda e negras, na avaliação inicial. A renda mostrou mesmo comportamento após três meses. Os principais fatores de risco identificados foram sedentarismo 85 (79,4%), enxaqueca 64 (58,7%), excesso de peso 52 (47,7%), estresse 48 (44%) e HAS 44 (40,4%). Houve associação significativa com doença cardíaca ($p=0,04$), na avaliação inicial, e atividade física e alcoolismo após três meses ($p=0,003$ e $p=0,017$), com maior dependência severa a moderada entre os doentes cardíacos e alcoolistas e maior independência para as mulheres ativas fisicamente. Na avaliação inicial, 44 (40,4%) encontravam-se com dependência total e severa, enquanto que na avaliação três meses após, esse percentual reduziu para 9 (8,2%), denotando melhora na capacidade funcional para realização das AVDs no período de três meses. O déficit motor foi o acometimento mais presente nas avaliações 66 (60,6%), seguido das alterações na fala 60 (55%). A maior parte das mulheres 26(59,1%) que apresentou déficit motor na fase aguda exibiu dependência severa para as AVDs. Na fase aguda, 69,2% das mulheres que foram acometidas por AVC grave apresentaram dependência severa para as AVDs e 64,3% das mulheres que apresentaram comprometimento funcional moderado a grave eram dependentes severas para as AVDs na fase aguda. O estudo das doenças cerebrovasculares em mulheres na idade fértil é fundamental, não só considerando o aumento

crescente em sua ocorrência, mas também levando em conta o impacto individual nessa população ocasionado pelas repercussões nas atividades de vida diárias.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Avaliação da deficiência; Enfermagem; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the performance of daily life activities in women young in the acute phase of stroke and three months after the onset. This is a study of longitudinal and analytical correlational design, carried out in three public hospitals in the city of Fortaleza, state of Ceará. The population involved women of childbearing age, in the age group of 15 to 49 years of age, with a diagnosis of stroke. The sample consisted of 109 women. Data were collected from October to December 2015 and January and October 2016. The Barthel Index Modified (IBM) was used to assess the degree of disability and limitations in daily living activities. Data analysis was mediated by the Statistical Package for Social Sciences software, version 20.0. In the analysis of association between variables, Pearson's Chi-square and Likelihood Ratio tests were used, with $p < 0.05$ being adopted for consideration of a statistically significant association. Ethical aspects have been respected. The sample consisted of 109 women. Regarding the type of stroke, 67 (62%) were affected by AVC ischemic, 33 (30.6%) by AVC hemorrhage and 8 (7.4%) by TVC. As for the sociodemographic characteristics, it was observed that the age ranged from 18 to 49 years. Of these, 74 (67.9%) had a stable union, 73 (67%) had income of up to two minimum wages and 56 (51.3%) were not economically active. There was a significant association between origin, income and race, in which the highest dependence for ADL was found in lower income and black women in the initial evaluation. The income even showed behavior after three months. The main risk factors identified were sedentary lifestyle (79.4%), migraine 64 (58.7%), overweight 52 (47.7%), stress 48 (44%) and HAS 44 (40.4%). There was a significant association with cardiac disease ($p = 0.04$) at the initial evaluation, and physical activity and alcoholism after three months ($p = 0.003$ and $p = 0.017$), with a greater severity of dependence from moderate to cardiac and alcoholic patients, and greater independence for Women physically active. In the initial evaluation, 44 (40.4%) were classified with total and severe dependence, whereas in the evaluation three months later, this percentage reduced to 9 (8.2%), indicating an improvement in the functional capacity to perform the ADLs In the period of three months. The motor deficit was the most present affectation in the evaluations 66 (60.6%), followed by the speech changes 60 (55%). Most of the women 26 (59.1%) who presented motor deficit in the acute phase exhibited severe dependence for the ADLs. In the acute phase, 69.2% of women who had severe stroke had severe dependence on ADL and 64.3% of women who had moderate to severe functional impairment were severely dependent on ADLs in the acute phase. The study of cerebrovascular diseases in young women is

fundamental, not only considering the increasing increase in their occurrence, but also taking into account the individual impact in this population caused by the repercussions on daily living activities.

Keywords: Stroke; Disability Evaluation; Nursing; Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Fortaleza, 2016.....	37
Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco para a ocorrência de AVC presentes nas mulheres entrevistadas. Fortaleza, 2016.....	38
Tabela 3 – Distribuição da classificação da capacidade funcional para realização das AVDs segundo escala de Barthel na avaliação inicial e três meses depois. Fortaleza, 2016.....	40
Tabela 4– Associação das variáveis sociodemográficas e o grau de dependência para realização de AVDs na fase aguda e após três meses. Fortaleza, 2016.....	41
Tabela 5 - Associação entre os fatores de risco pessoais não modificáveis e o grau de dependência para as AVD. Fortaleza, 2016.....	43
Tabela 6 - Associação entre os fatores de risco pessoais modificáveis e o grau de dependência para as AVD. Fortaleza, 2016.....	45
Tabela 7- Associação entre os tipos de AVC e os déficits neurológicos com o grau de dependência para as AVDs, na fase aguda e após três meses. Fortaleza, 2016.....	47
Tabela 8 - Capacidade para realização das AVDs na fase aguda e após 3 meses de acordo com a gravidade (<i>NIHSS</i>) e capacidade funcional (<i>RANKIN</i>) do AVC. Fortaleza, 2016.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOC	Anticoncepcionais orais combinados
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCi	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
AVD	Atividade de vida diária
AVDs	Atividades de vida diária
AIT	Ataque isquêmico transitório
DCV	Doença cardiovascular
HSA	Hemorragia subaracnóide
HIT	Hemorragia intracerebral
IBM	Índice de Barthel modificado
IR	Índice de Rankin
MeSH	Medical Subject Headings
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Fatores de risco para AVC em mulheres	18
3.2 Avaliação das implicações nas atividades de vida diárias (AVDs) após o AVC	22
3.3 Repercussões após o AVC em mulheres: revisão integrativa.....	25
3.4 Prevenção do AVC e promoção da saúde.....	29
4 MÉTODO	33
4.1 Tipo de Estudo	33
4.2 Locais do estudo	33
4.2.1 Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	34
4.2.2 Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA)	35
4.2.3 Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)	35
4.3 População e amostra	36
4.4 Coleta de dados	36
4.5 Variáveis do estudo.....	39
4.5.1 Variável desfecho	39
4.5.2 Variáveis preditoras	39
4.6 Análise dos dados	39
4.7 Aspectos éticos	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	55
7 CONCLUSÃO.....	66

REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A	79
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
APÊNDICE B.....	81
TERMO DE ASSENTIMENTO (adolescente).....	81
APÊNDICE C.....	83
Instrumento para a coleta de dados	83
APÊNDICE D	86
ANEXO A - <i>National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)</i>	87
ANEXO B Escala de Rankin.....	93
ANEXO C – Índice de Barthel Modificado	95

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o comprometimento neurológico focal ou global, que ocorre subitamente, devido à isquemia cerebral ou hemorragias intracranianas, com duração de mais de 24 horas e provável origem vascular, podendo ocasionar a morte. A isquemia causada por oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro caracteriza o Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi). A isquemia ocorre diretamente no local da oclusão (AVC isquêmico trombótico) ou em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquêmico embólico). O rompimento do leito vascular caracteriza o Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh) ou hemorragia intracerebral (HIT). O terceiro tipo de AVC identificado é a hemorragia subaracnóidea (HSA), quando o sangramento ocorre ao redor do cérebro, no espaço subaracnóide, normalmente ocupado pelo líquido (SPENCE; BARNETT, 2013).

No grupo das doenças cardiovasculares (DVC), o AVC tornou-se uma das principais causas de morte e incapacidade. Entre os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC, sendo a principal causa de óbitos entre as mulheres. Mesmo sendo referida uma redução dos índices de mortalidade nas últimas décadas, os valores continuam muito elevados (LOTUFO, 2005; GARRITANO *et al*, 2012).

Estima-se para 2030 um aumento para 23 milhões de primeiros acometimentos por AVCs, 77 milhões de sobreviventes de AVC, 61 milhões anos de vida ajustados para incapacidade e 7,8 milhões de mortes. Com uma incidência de aproximadamente 250 a 400 casos por 100 mil habitantes e uma mortalidade de cerca de 30%, o AVC permanece como a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, após a doença cardíaca e o câncer, causas mais comuns de incapacidades em adultos. Foi estabelecida uma relação entre a renda *per capita* e a ocorrência de AVC, quando foi identificado um aumento de 100% nos casos de AVC nos países de renda *per capita* baixa a intermediária. Todavia, o AVC e suas consequências constituem uma epidemia global (BUCHAN; BALAMI; ARBA, 2013).

O AVCi é o mais prevalente, respondendo por 87% dos casos. Sua incidência aumenta exponencialmente com a idade e, por conseguinte, é baixo em adultos jovens. Na prática clínica, não é raro encontrar pacientes, em plena idade reprodutiva, ou seja, com menos de 49 anos, que sofreram AVC, muitos deles sem fatores de risco para aterosclerose e sem diagnóstico etiológico definido. Este desafio diagnóstico é um dos principais motivadores à pesquisa de mecanismos de isquemia cerebral em adultos jovens, além da dramática pessoal,

familiar e consequências socioeconômicas por afetar indivíduos na sua idade produtiva e reprodutiva. A HIT espontânea é mais comum em pacientes mais jovens (YAMAMOTO, 2012).

O acometimento por AVC leva ao surgimento de déficits neurológicos diversos que variam de acordo com a localização da lesão, o tamanho da área de perfusão prejudicada e a qualidade de fluxo sanguíneo colateral (MORO *et al*, 2009). Os sintomas devem incluir um ou mais dos seguintes distúrbios da função cerebral: comprometimento motor unilateral (hemiplegia/hemiparesia) ou bilateral, alteração sensorial unilateral ou bilateral, falta de fluência na fala (afasia/disfasia), deficiência do campo visual de um lado, desvio conjugado do olhar, apraxia e ataxia de início agudo, déficit de percepção de início agudo, vertigem, cefaléia, comprometimento da função cognitiva, comprometimento da consciência, crises convulsivas e disfagia (OMS, 2009; MOUTINHO *et al*, 2013).

Portanto, os acometimentos cerebrais produzidos pelo AVC podem causar a morte e resultar em importantes distúrbios funcionais, alterações proprioceptivas e cognitivas, que podem levar à incapacidade total ou parcial da pessoa, com grandes implicações para a sua qualidade de vida, realização das atividades de vida diária (AVDs), desempenho profissional, lazer, relações sociais e familiares e gastos financeiros envolvidos, o que deve repercutir no envolvido, sociedade e governo. Dessa forma, o paciente possui dificuldades para se desenvolver socialmente, necessitando de cuidados diferenciados para melhorar seu desempenho físico e cognitivo (ARAÚJO *et al*, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2013; CANUTO; NOGUEIRA, 2015).

Os principais fatores de risco para o AVC podem ser divididos em duas categorias: mutáveis e não mutáveis. Na primeira estão incluídos os que podem ser prevenidos e tratados, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada (baixo consumo de frutas e verduras), taxas elevadas de colesterol, abuso da ingestão de álcool, sobrepeso, estresse, uso de contraceptivos hormonais, depressão e diabetes mellitus (DM). A segunda categoria, por sua vez, inclui idade (a idade avançada apresenta maior risco), sexo (masculino está associado a um maior risco), história familiar e genética (RODRIGUES *et al*, 2012; O'DONNELL *et al*, 2010).

Existem alguns fatores de risco que são específicos para as mulheres, como uso de anticoncepcionais hormonais (ACH), gravidez e complicações como eclâmpsia, terapia de reposição hormonal, depressão, estresse e enxaquecas. Embora, geralmente, o risco de AVC para mulheres jovens seja muito baixo, pode aumentar com o tempo. Mulheres entre as idades

de 45 e 54 anos têm um risco mais elevado de ter AVC quando comparadas aos homens na mesma faixa etária (BUSHNELL *et al*, 2014).

Dessa forma, tem-se verificado um aumento no número de vítimas do AVC com idades que rondam os 50 anos ou até mais novos, mulheres, indivíduos em plena atividade e no auge do seu rendimento, retirando-lhes a capacidade produtiva total ou parcialmente, pelo acometimento neurológico passível de incapacidades. Assim, torna-se imperativo o conhecimento dos fatores de risco encontrados em mulheres em idade fértil e o impacto do AVC em suas AVDs. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011) são consideradas mulheres em idade fértil aquelas que se encontram na faixa etária de 15 a 49 anos de idade.

Em estudos internacionais, o Índice de Barthel Modificado (IBM) é um dos instrumentos de avaliação de AVDs que apresenta melhores resultados de confiabilidade e validade muito confiáveis, e consiste em avaliar dez itens de funcionalidade das AVDs, como alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência vesical e anal, vestuário, transferências, subir e descer escadas e deambulação (CINCURA *et al*, 2009).

Nesse contexto, são relevantes as pesquisas abordando o AVC em mulheres na idade fértil, tanto pelas razões aqui elucidadas, quanto pelas escassas produções nessa população, a fim de conhecer os fatores de risco presentes, a gravidade e o comprometimento neurológico, bem como suas associações com as atividades de vida diária após o diagnóstico. Dessa forma, decidiu-se responder ao seguinte questionamento: Qual o impacto do AVC nas atividades de vida diária de mulheres em idade fértil, na fase aguda e três meses após?

Com base na vivência da autora como enfermeira assistencial de unidade especializada em cuidados ao acometido por AVC agudo e tendo observado nos três anos dessa atividade profissional o número ascendente de mulheres jovens com esse diagnóstico, surgiu a inquietação de conhecer os fatores associados a esse agravo e identificar as repercussões do acometimento neurológico para uma mulher que se encontra em plena atividade reprodutiva e produtiva.

Frente a essa problemática, espera-se que o presente estudo ofereça contribuições para a comunidade científica, considerando a escassez de literatura acerca de inquéritos envolvendo mulheres em idade fértil com AVC e as implicações nas atividades de vida diária. Acredita-se que o conhecimento gerado poderá influenciar as práticas preventivas do AVC e de promoção da saúde, assim como favorecer políticas públicas voltadas para as mulheres em sua integralidade, não somente focadas na sua capacidade reprodutiva, mas nos aspectos

gerais do seu processo de saúde e doença, além de fornecer subsídios para o atendimento dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o desempenho das atividades de vida diária em mulheres em idade fértil na fase aguda do AVC e três meses após o acometimento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco nas mulheres em idade fértil acometidas por AVC;
- Verificar o grau de dependência para realização das atividades de vida diária das mulheres na fase aguda e três meses após o acometimento;
- Associar o grau de dependência para realização das atividades de vida diária e as variáveis sócio-demográficas, os fatores de risco para AVC, os tipos de AVC e os déficits neurológicos na fase aguda e após três meses do acometimento;
- Verificar a associação entre o grau de dependência para realização das atividades de vida diária e a gravidade do AVC e o grau de comprometimento funcional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fatores de risco para AVC em mulheres

A *American Stroke Association* constatou que cerca de 55.000 mulheres a mais do que homens têm um AVC, o que se justifica pelo fato do tempo de vida médio para as mulheres ser maior que para os homens. Em 2009, o AVC causou a morte de 76.769 mulheres (59,6% do total de óbitos de AVC) nos Estados Unidos da América, cuja taxa de mortalidade global para AVC, no mesmo ano, foi de 38,9%. As taxas de mortalidade foram de 50,2% para mulheres negras, 36,6% para as mulheres brancas, 29,6% para as asiáticas, 28% para as mulheres hispânicas, e 24,6% para indianas e mulheres nativas americanas. Em 2010, 530.000 mulheres receberam alta dos hospitais depois de ter um AVC (GO *et al*, 2013).

O risco de AVC para as mulheres está relacionado à combinação de diversos fatores. Com o uso da pílula contraceptiva os riscos são maiores se associado a outros fatores como tabagismo, hipertensão, idade superior ou igual a 35 anos, história familiar de AVCi com até 45 anos, sobrepeso, AVC anterior, diabetes, enxaquecas e mobilidade dificultada. Assim, a mulher deve ter orientação profissional para uso seguro de contraceptivo hormonal, conforme os critérios médicos de elegibilidade para o uso dos métodos anticoncepcionais e sua realidade individual (WHO, 2014).

O tabagismo torna a mulher mais susceptível de ser acometida por DCV e AVC quando comparada ao homem. Pesquisa sugere ser maior a mortalidade em mulheres fumantes, sendo o risco de DCV especialmente alto em mulheres que começaram a fumar antes de 15 anos, aumentando com o número de cigarros fumados por dia (SHAH; COLE, 2011).

Estudo realizado por Cardoso, Fonseca e Costa (2003) verificou um predomínio do AVCi no sexo feminino até os 35 anos, e do sexo masculino após essa idade, bem como um aumento crescente da incidência do AVCi, em ambos os sexos, a partir dos 35 anos, atribuído principalmente à incidência de aterosclerose precoce. Dentre os fatores de risco identificados se destacaram também o uso de anticoncepcionais orais combinados (AOC) e consumo de álcool, por elevarem a pressão arterial e a agregabilidade plaquetária, além de reduzir o fluxo sanguíneo cerebral por estimulação da contração do músculo liso vascular. A enxaqueca também foi verificada, pela possibilidade de induzir o vasoespasmos e/ou a arteriopatia. O AVCh correspondeu a 22,2% do total de AVCs diagnosticados, tendo maior incidência no sexo feminino, ocorreu em idades mais jovens que o AVCi e com mulheres que

apresentavam na sua maioria fatores de risco cardiovascular, como: HAS, dislipidemia e uso de AOC.

Pesquisas anteriores consideraram que, na ausência de causas identificáveis, o AOC é por si só um fator de risco suficiente para atribuir à ocorrência do AVC, por aumentar a probabilidade de coagulação do sangue e isso pode aumentar o risco do acometimento neurológico. O *Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women* (1975) afirma que o uso de AOC aumenta o risco nove vezes de eventos trombóticos, quando há enxaqueca, tabagismo ou outros fatores associados. Estudo atual reforça essa relação ao identificar os fatores de risco do AVC em jovens, identificando o uso de AOC em 12% dos casos (BAIDYA; TIWARI; USMAN, 2015).

No que concerne à terapia de reposição hormonal (TRH), tem os benefícios de controlar alguns dos sintomas da menopausa, tais como rubores, secura vaginal e alterações de humor. No entanto, a terapia aumenta ligeiramente o risco de AVC, pois eleva o risco de formação de coágulos sanguíneos e pode aumentar a pressão arterial. Uma revisão de 28 estudos de investigação e 39.768 sujeitos verificou que a TRH foi associada com um risco aumentado dos AVCs causados por um bloqueio (AVCi). As mulheres que tomam TRH também foram mais propensas a ter AVC com maior gravidade (BATH; GRAY, 2005).

Estudo mais recente acerca da TRH acrescentou que embora as mulheres tenham um menor risco de AVC durante a meia idade quando comparadas aos homens, a transição da menopausa é um momento em que muitas mulheres desenvolvem fatores de risco cardiovasculares. Durante os 10 anos após a menopausa, o risco duplica aproximadamente nas mulheres e o início mais precoce da menopausa pode afetar o risco de AVC. Portanto, a terapia hormonal é recomendada apenas para o tratamento de sintomas vasomotores, e algumas formulações podem ser mais seguras que outras (LISABETH; BUSHNELL, 2012).

Portanto, a saúde das mulheres durante os anos férteis é expressiva não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. As complicações de gravidez e parto representam prioridade nas políticas de saúde. Algumas dessas complicações podem ser preditoras de acometimento por AVC, como a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), síndrome HELLP, trombofilias e o diabetes gestacional (OLIVEIRA; FREITAS; BARROS, 2014; SOUZA; LOPES; BORGES, 2014).

Durante a gravidez, os níveis hormonais sobem, provocando alterações nos vasos sanguíneos, elevando a pressão arterial. Portanto, as mulheres grávidas são mais propensas a ter um AVC que as mulheres não grávidas da mesma idade. No entanto, o risco em mulheres jovens é pequeno e AVCs causados pela gravidez e parto são raros. Especificamente, cerca de

3 em cada 10.000 mulheres grávidas têm um AVC durante a gravidez em comparação com 2 em cada 10.000 que não estão grávidas. O risco é elevado durante os últimos três meses de gravidez e nas seis semanas seguintes. Além disso, existe uma ligação entre a pré-eclâmpsia e o AVC; o acometimento ocorre em 5-8% das gestações e dobra o risco de AVC mais tarde na vida da mulher. Assim como o diabetes gestacional que também aumenta o risco de AVC, uma vez que danifica os vasos sanguíneos e pode levar a um endurecimento das artérias (NOLTE, 2015).

O acometimento neurológico ligado ao AVC poderia ser reduzido se alguns aspectos fossem abordados na Atenção Primária a Saúde (APS) junto às mulheres, como tratamento da HAS (SILVA *et al*, 2014), planejamento familiar realizado de forma adequada (ALVES, 2014), ações de abordagem para alimentação saudável às alcoolistas e tabagistas (ANDRADE *et al*, 2015), reconhecimento da patologia enxaqueca e encaminhamento aos especialistas conforme a indicação necessária (CORREIA; LINHARES, 2014). Atendimento reabilitador e de apoio também devem ser aprimorados conforme o comprometimento neurológico e fatores de risco individuais, tendo em vista a diminuição da recorrência de eventos vasculares e a importância do retorno da mulher para a realização das AVDs, o que deve permitir a integração da mulher na comunidade, gerindo sua casa e sua vida.

A enxaqueca afeta cerca de 15% da população. Durante seus anos reprodutivos as mulheres são cerca de três vezes mais propensas a sofrer de enxaqueca que os homens da mesma idade. Estudos recentes mostram que a enxaqueca com aura duplica o risco de um AVC causado por um bloqueio. Este risco é maior em mulheres que em homens, nas pessoas até 45 anos, naqueles que fumam e nas mulheres que tomam a pílula anticoncepcional oral. A pesquisa mostrou também que o risco de um AVCh pode ser maior em mulheres com idade inferior a 45 anos que têm enxaqueca com aura (DAVIS *et al*, 2013).

A enxaqueca é uma condição complexa com uma variedade de sintomas. Para a maioria das pessoas o principal sintoma é dor grave e latejante que afeta a frente ou um lado da cabeça. Esta é normalmente acompanhada por náuseas, vômitos, sensibilidade à luz, som ou cheiro. Existem dois tipos de enxaqueca; com aura (que afeta 10% a 30% de quem tem enxaqueca) e sem aura (que afeta a maioria). A aura geralmente acontece no início de um ataque de enxaqueca, antes da dor de cabeça. Muitas vezes, inclui mudanças visuais como ver luzes piscando ou manchas escuras e mudanças na sensação ou dificuldade ao falar (NINDS, 2015).

Segundo a *International Headache Society* (IHS, 2015), a enxaqueca está incluída nas cefaleias primárias, também podendo ser classificadas em sem aura e com aura. A

primeira decorre de episódios repetidos de cefaléia, com duração de 4 a 72 horas, apresentando duas manifestações entre: dor unilateral, dor pulsátil, dor moderada a grave, dor agravada por atividades rotineiras e, pelo menos uma das citadas a seguir: náuseas e/ou vômitos, fotofobia ou fonofobia.

A enxaqueca com aura é caracterizada com critérios que incluem duas crises, preenchendo um dos sintomas de aura, mas sem fraqueza motora. São os sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo características positivas (por exemplo, luzes piscando, manchas ou linhas) e/ou características negativas (ou seja, perda de visão); Os sintomas sensitivos completamente reversíveis, incluindo características positivas (ou seja, alfinetes e agulhas) e/ou características negativas (ou seja, dormência), assim como perturbação da fala totalmente reversível.

Estudo realizado por Kurth *et al* (2008) usou os critérios acima mencionados e identificou estreita relação das enxaquecas com o episódio de AVC. A enxaqueca com aura foi associada a 1,5 vezes maior risco do aumento total e 1,7 vezes no risco de AVCi. Este risco aumentado foi maior em mulheres com idade menor que 55 anos. A hipótese de que a ocorrência foi maior em mulheres jovens é corroborada pela descoberta de que na ausência de fatores de risco cardiovasculares clássicos, a enxaqueca manteve-se associada com AVCi nesse estudo.

Estudo mais recente concluiu que a cefaleia ocorre em um quarto dos pacientes com AVC agudo, sendo a dor unilateral geralmente ipsilateral à lesão do AVC. Acrescenta que a gravidade da cefaleia não está relacionada com o tamanho da lesão no AVCi. Sugere que um mecanismo neural é a causa mais provável da dor de cabeça em AVC, mas observa que novos estudos mais detalhados são necessários para identificar essa relação (VESTERGAARD, 2010).

A carga do AVC é maior entre as mulheres, porque elas vivem mais, têm maiores taxas em idade avançada, em comparação aos homens e menos desempenho físico após o acometimento. Apesar da depressão pós-AVC ser bem documentada, a depressão como um fator de risco para o AVC ainda não está estabelecida. Estudo longitudinal realizado em 2010 pretendeu estabelecer a associação entre depressão e incidência de AVC em mulheres e concluiu que após o ajuste para nível socioeconômico, estilo de vida e outros fatores de risco, depressão foi associada com um risco duas vezes maior de incidência de AVC (JACKSON; MISHRA, 2013).

Um aspecto a ser considerado na saúde das mulheres é a interação entre seus determinantes biológicos e sociais e o papel da desigualdade de gênero (diferenciação no

acesso à educação, renda e empregos), o que aumenta a exposição aos riscos por limitar a capacidade de protegerem sua própria saúde (COELHO *et al*, 2012). Paralelamente, são inúmeras as contribuições das mulheres à sociedade em seus papéis produtivos e reprodutivos, como consumidoras e como importantes provedoras da atenção em saúde. Ao reconhecer este fato, tem-se a necessidade de implementação de reformas na atenção primária à saúde para que os sistemas de saúde atendam melhor às necessidades desse público-alvo (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Quanto aos adolescentes, é fundamental cuidar das suas necessidades de saúde para que possam fazer uma transição saudável para a vida adulta. Os profissionais de saúde, principalmente da APS, devem lidar com os fatores que promovem comportamentos potencialmente nocivos em relação ao sexo, uso de tabaco e álcool, dieta e atividade física, planejamento reprodutivo, bem como propiciar aos adolescentes o apoio necessário para evitá-los. O reforço ao estabelecimento de hábitos saudáveis frente à vulnerabilidade na adolescência resultará em maiores benefícios de saúde no futuro, inclusive redução da mortalidade e incapacidades decorrentes de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e cânceres (OLIVEIRA *et al*, 2015; REIS *et al*, 2014).

Diante da ocorrência multifatorial para as mulheres jovens serem acometidas por AVC, torna-se necessário estudos recentes que identifique a associação dos fatores de risco, as peculiaridades da mulher e os eventos trombóticos, como o AVC.

3.2 Avaliação das implicações nas atividades de vida diárias (AVDs) após o AVC

O tratamento do AVC compreende três etapas: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. No primeiro caso procura-se evitar um primeiro episódio ou recorrência desse, por meio do controle dos fatores de risco individuais (hipertensão, diabetes, tabagismo, estresse), o que deve ser realizado na APS. A intervenção aguda procura reduzir a repercussão no tecido cerebral pela dissolução do trombo com o tratamento designado de trombólise e, nos casos de AVC hemorrágico, controlando a hemorragia com o tratamento pressórico, por exemplo. Ambas intervenções devem ser realizadas preferencialmente em unidades especializadas para o tratamento do AVC agudo. Na fase da reabilitação, tem-se a ação de uma equipe multidisciplinar, permitindo ao paciente ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível (ANDRE, 2006; ANDRÉ, 2015; BARROS; PASSOS; NUNES, 2012).

A eficácia do tratamento para o AVC pode ser avaliada pela redução do comprometimento neurológico dos pacientes, sendo mensurada por meio de escalas que dimensionam este comprometimento. Uma escala pode mensurar o dano neurológico e também abordar a incapacidade (restrição na habilidade de executar uma tarefa). Deve apresentar confiabilidade, que consiste na qualidade em reproduzir seus resultados em repetidas aplicações com a menor variabilidade possível. Dessa forma, as escalas mais utilizadas para avaliar o grau de comprometimento do AVC são: Escala de Rankin (ER), Índice de Barthel Modificado (IBM) e a *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, que em versões e adaptações para a língua portuguesa, mostraram-se como escalas de avaliação de comprometimento neurológico com evidências de confiabilidade clinicamente aceitável e de boa aplicabilidade na prática. Portanto, a utilização das versões destas escalas em pesquisas para avaliação diagnóstica e prognóstica na assistência a pacientes com AVC no Brasil foi comprovada (CANEDA, 2006).

O AVC, além do impacto nos índices de mortalidade, é a principal causa de incapacidade grave ou dependência nas AVDs. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito epidemiológico de base domiciliar, calculou o número absoluto estimado de pessoas com AVC e incapacidade por AVC e respectivas prevalências, estimando 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave. A prevalência pontual foi 1,6% em homens e 1,4% em mulheres, e a de incapacidade 29,5% em homens e de 21,5% em mulheres, tendo, portanto, alguma deficiência física. Na América Latina, a proporção de sobreviventes de AVC que necessitam de cuidados varia entre 20% e 39% (BENSENOR et al, 2015; FERRI et al, 2011).

Dessa forma, uma percentagem significativa dos sobreviventes acometidos por AVC apresenta deficiência moderada a grave, necessitando da presença de cuidador, suporte familiar, uso do sistema de saúde e outras instituições sociais. Dentre as atividades que podem ser avaliadas encontram-se as AVDs, que são as atividades básicas desenvolvidas pelo indivíduo no seu cotidiano, e que podem ser mensuradas pelo IBM. Fatores funcionais na fase aguda, como a presença de incontinência urinária, baixo escore inicial do IBM, disfagia, alteração sensorial e dificuldade no controle de tronco são alguns dos indicadores de prognóstico funcional que os pacientes apresentam e podem ser comparados após a fase aguda (GODWIN; WASSERMAN; OSTWALD, 2011).

O IBM é considerado um instrumento que avalia a capacidade funcional do indivíduo, por meio de dados sobre AVDs. Estas são atividades para manutenção da vida, correspondendo às atividades do autocuidado, que englobam tomar banho, vestir-se,

alimentar-se e caminhar. A escala de Rankin modificada é utilizada para avaliar o grau de deficiência após o AVC, medindo a independência funcional, incorporando os componentes funcionais do organismo, atividade e participação. A escala é categorizada em itens, onde o zero indica que não há sintomas, o 5 indica deficiência grave e o 6 indica morte (MONTEIRO, 2013).

Dados sobre a capacidade funcional e o nível de recuperação motora após o AVC são escassos, principalmente no que se refere à população do estudo, isto é, mulheres em idade fértil. O IBM é comumente usado para avaliar capacidade funcional em idosos. Girondi *et al* (2014) verificaram que 61,2% dos idosos possuíam deficiência leve, isto é, comprometimento em duas das atividades do instrumento, sendo mais prevalentes nas mulheres.

Estudo comparativo entre os sexos feminino e masculino foi realizado na China com objetivo de investigar diferenças na saúde relacionadas com qualidade de vida entre homem adulto e sobreviventes de AVC do sexo feminino. Informações sobre variáveis de base foram coletadas durante a internação e dados foram obtidos por meio de uma entrevista por telefone seis meses após a alta, que incluiu o IBM e a escala de qualidade de vida (SF-36). Resultados mostraram que as mulheres com AVC eram mais velhas que os homens, mais propensas a ter hipertensão e com mais dificuldade de alcançar a independência de vida diária. As pontuações médias de funcionamento físico, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais na pesquisa do SF-36 foram significativamente maiores em homens, demonstrando diferenças de sexo em recuperação de AVC e qualidade de vida em sobreviventes aos seis meses pós-alta, com um resultado pior de AVC global para sobreviventes do sexo feminino (WU *et al*, 2014).

Estudo recente realizado na Espanha utilizou o IBM para avaliar AVDs em sobreviventes de AVC e detectar resultado de avaliação funcional em seis meses após o acometimento. As conclusões funcionais seis meses após o AVC foram influenciadas por idade, sexo, gravidade e tipo do AVC, humor e risco social. Condições de comorbidades, nível socioeconômico e área de residência não afetou o estado funcional dos pacientes. As mulheres antes do acometimento e após os seis meses apresentaram menores pontuações no IBM, quando comparadas aos homens ($p= 0,001$). Seis meses após o AVC as pontuações foram: 87,7 pontos em homens e 78,8 pontos em mulheres ($p=0,04$) (LOPEZ-ESPUELA *et al*, 2016).

3.3 Repercussões após o AVC em mulheres: revisão integrativa

A intenção inicial da busca para a realização da revisão integrativa foi retratar o que é discutido na literatura acerca das implicações nas AVDs em mulheres na idade fértil. Porém, tendo em vista a escassez dos dados, objetivou-se conhecer as repercussões sociais, emocionais e nas AVDs de mulheres após o comprometimento do AVC. Para a consecução desse objetivo optou-se pelo método da revisão integrativa, por proporcionar aos profissionais da saúde conhecer resultados de pesquisas que auxiliam na tomada de decisão mediante um olhar crítico das evidências científicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O problema formulado foi: Quais as repercussões para a vida de mulheres após a ocorrência de um AVC?

A coleta dos dados ou busca da literatura foi realizada em março de 2016 nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed (Desenvolvido pelo *National Center for Biotechnology Information*), Cochrane (*Cochrane Library*) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Estas bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Portal de Periódicos CAPES.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: abordar mulheres após o acometimento por AVC; estar nos idiomas português, espanhol e inglês; estar publicado na íntegra e disponível eletronicamente, independente do ano da publicação.

A busca foi realizada a partir dos Descritores Controlados em Ciências da Saúde (DeCS): “acidente vascular cerebral” (“stroke”) AND “saúde da mulher” (“women’s health”) e *Medical Subject Headings* (MeSH): “stroke” AND “health, women’s”. Como na base Lilacs não foi encontrado nenhum artigo com os descritores citados, optou-se por repetir a busca com o descritor “acidente vascular cerebral” e a palavra “mulher” (Quadro 01).

Em seguida, ocorreu a avaliação e seleção dos artigos por meio da leitura dos títulos e resumos dos estudos identificados, ficando a amostra final constituída por 10 artigos, os quais foram codificados com a letra “E” (estudos), seguida por um número de ordem. Estes foram organizados e apresentados nas temáticas: cunho social e econômico após o AVC, desempenho físico, impacto nas AVDs, mudanças corporais e importância do estilo de vida, e risco de queda em mulheres após o AVC.

Quadro 1. Busca realizada nas bases de dados, março de 2016.

Base e Pesquisa de descritores	Total de artigos identificados	Selecionados após leitura de título e resumo	Selecionados após leitura de texto completo
Lilacs <i>Acidente vascular cerebral and saúde da mulher</i>	0	0	0
<i>Acidente vascular cerebral and mulher</i>	8	2	0
Pubmed <i>Stroke and health, women's</i>	64	7	1
Cochrane <i>Stroke and women's health</i>	9	5	1
Cinahl <i>Stroke and women's health</i>	245	37	10
TOTAL Artigos repetidos Total selecionados	326	51 2	10

Para análise dos resultados, foi realizada leitura dos artigos na íntegra, sendo preenchido um instrumento com os dados de interesse para o estudo, quais sejam: título do artigo, ano de publicação, local da pesquisa, idioma, tipo de estudo e objetivos.

Quadro 2. Características dos artigos incluídos na revisão, março de 2016.

Título, Ano, Local e Idioma	Tipo de estudo	Objetivos
E1		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decline in Physical Performance Among Women With a Recent Transient Ischemic Attack or Ischemic Stroke, 2004. ✓ New Haven ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensaio clínico 	Determinar a incidência e os fatores de risco para o declínio no desempenho físico, independente de acidente vascular cerebral posterior, entre as mulheres com um recente ataque isquêmico transitório (TIA) ou AVC isquêmico.
E2		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidental bowel leakage in the mature women's health study: prevalence and predictors, 2012. ✓ EUA ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coorte 	Explorar a prevalência de Incontinência Fecal (IF) para caracterizar severidade e incômodo; e identificar fatores associados com IF em uma grande amostra de mulheres residentes na comunidade.
E3		

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Activities of daily living among St Petersburg women after mild stroke, 2007. ✓ Rússia ✓ Inglês 	Observacional longitudinal	Determinar como as mulheres de São Petersburgo, Rússia, que tiveram um AVC leve estão vivendo; descrever seu desempenho nas atividades da vida diária (AVD) e suscitar possíveis causas da disfunção nas atividades.
E4		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Living With Bodily Strangeness: Women's Experiences of Their Changing and Unpredictable Body Following a Stroke, 2003. ✓ Noruega ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudo fenomenológico de Giorgi 	Descrever as mudanças corporais em mulheres após um AVC.
E5		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chronic diseases, locomotor activity limitation and social participation in older women: cross sectional survey of British Women's Heart and Health Study, 2004. ✓ Inglaterra ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudo transversal 	Examinar a associação de doenças degenerativas crônicas com limitação de atividade locomotora e participação social entre as mulheres britânicas mais velhas.
E6		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factors Associated with Nursing Home Admission after Stroke in Older Women, 2015. ✓ Hawai ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensaio clínico randomizado 	Examinar os fatores sociais e econômicos associados à admissão de mulheres pós-AVC global em casa de cuidados de Enfermagem.
E7		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Long-term Survival of Older Australian Women with a History of Stroke, 2015. ✓ Austrália ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudo longitudinal 	Examinar as associações entre AVC e sobrevivência de 12 anos e os efeitos da comorbidade, estilo de vida e fatores demográficos das mulheres australianas.
E8		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestroke Factors Associated with Poststroke Mortality and Recovery in Older Women in the Women's Health Initiative, 2013. ✓ Hawai. ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coorte prospectiva 	Analisar os fatores pré-AVC, estilo de vida associados com a mortalidade pós-AVC e recuperação em mulheres.
E9		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reactions to invisible disability: The experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke, 2005. ✓ Canadá ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudo qualitativo 	Descobrir o significado que as mulheres jovens atribuem às suas experiências após o AVC e compreensão deste dentro do contexto de suas vidas.
E10		

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risk Factors for Falling in Home-Dwelling Older Women With Stroke, 2003. ✓ Itália. ✓ Inglês 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudo longitudinal 	<p>Investigar a relevância dos fatores de risco predisponentes para a queda em uma população de mulheres com história de AVC.</p>
---	---	---

A análise dos resultados dos estudos evidenciou que os anos de publicação dos estudos variaram de 2003 a 2015, retratando a preocupação atual dos estudiosos frente às implicações no pós-AVC em mulheres. Porém, nenhum dos estudos teve como foco as mulheres jovens. Não foram encontrados, nesta revisão, estudos desenvolvidos no Brasil.

Os impactos relacionados às mulheres após o AVC envolviam os seguintes aspectos: **Impacto de cunho social e econômico; Impacto nas Atividades de Vida Diária; Impacto na percepção corporal**, que se referiram às categorias da revisão.

Impacto de cunho social e econômico

O resultado da prevalência da limitação da atividade locomotora e dificuldades de participação social aumentou com a idade e com o aumento do número de doenças crônicas. As doenças crônicas foram avaliadas de forma independente. Associações foram particularmente fortes para o AVC. Estratégias eficazes para prevenir ou limitar o impacto incapacitante destas condições são essenciais para a melhoria da qualidade de vida de mulheres mais velhas (E5).

O início abrupto de deficiências em realizar atividades de vida diária ocasiona a admissão em casas de cuidados de enfermagem. As mulheres são mais propensas a ter a incapacidade funcional que os homens, tendo mais admissões. As maiores chances de admissão após o AVC foram demonstradas para as mulheres com deficiência moderada após o AVC. O nível do cuidado necessário depois de um AVC incapacitante pode sobrecarregar os setores social e econômico (E6).

Foram observadas semelhanças de experiência após o AVC tanto em relação a reações dos outros frente ao problema de saúde delas quanto pelas suas deficiências, destacando implicações para a reabilitação de jovens pós-AVC, pois essas mulheres não estão sendo preparadas para executar suas atividades adequadamente, viver na comunidade e estar inseridas no contexto social como jovens. A deficiência cognitiva limita sua capacidade de atender plenamente as expectativas sociais (E9).

Impacto nas Atividades de Vida Diárias

Os resultados mostraram que as mulheres que teriam tido um AVC leve e limitações nas AVD foram mais frequentemente acometidas por uma combinação de

superproteção de familiares, sentimentos próprios das mulheres de ansiedade e insegurança e uma supervalorização de sua incapacidade (E3).

Declínio no desempenho físico é comum após AVCi ou AIT mesmo na ausência de um evento neurológico recorrente. Os resultados sugerem que intervenções específicas para manter e melhorar desempenho físico para realizar as atividades rotineiras pode ser importante para reduzir a incapacidade a longo prazo dessas mulheres (E1).

Presença de incontinência fecal em mulheres com distúrbios neurológicos, como o AVC (E2).

Impacto na percepção corporal

Alterações relacionadas com AVC criaram um sentimento de estranheza corporal expressa em três temas: o corpo imprevisível, o corpo exigente e o corpo alongado. Houve tempo prolongado para fazer atividades, terapia e exercício. Descreveram sua dependência de familiares, profissionais de saúde, amigos, e dispositivos de assistência, o que reduziu a sua liberdade e flexibilidade (E4).

Este estudo destaca impactos a longo prazo do AVC sobre a expectativa de vida e a importância de comorbidades (depressão e obesidade) e outros fatores de estilo de vida que afetam a sobrevivência pós-AVC (E7).

Potencialmente, fatores modificáveis pré-AVC, incluindo o tabagismo, diabetes mellitus, e ser abaixo do peso foram associados com maior mortalidade pós-AVC em mulheres mais velhas. Estar com sobrepeso ou obesidade e atividade física antes do AVC foram associados com menor mortalidade pós-AVC em mulheres mais velhas (E8).

O estudo salienta que terapias têm de ser desenvolvidas para abordar equilíbrio durante atividades complexas após o AVC e testadas em estudos randomizados. Terapias cognitiva-comportamental que utilizam a estimulação e estratégias de enfrentamento poderiam ajudar a minimizar o estresse induzido por sintomas de AVC. Compreender e melhorar a estabilidade postural contribuem para atividades complexas e o incentivo à adoção de comportamentos mais seguros podem, portanto, ter um papel essencial para as mulheres no pós-AVC na prevenção de quedas (E10).

3.4 Prevenção do AVC e promoção da saúde

O AVC exerce um aspecto social substancial como a primeira causa de incapacidade prolongada em adultos, assim como impacto econômico com os gastos para reabilitação dos pacientes com sequelas após um déficit neurológico agudo, portanto, temos

que destacar a importância da prevenção desse acometimento. A promoção da saúde baseia-se na compreensão do conhecimento psicossocial, cultural e econômico do paciente até as mudanças produzidas pela doença. Os profissionais de saúde devem conhecer os fatores de risco potenciais que predisõem um indivíduo ou um grupo a uma doença.

A assistência de enfermagem orientada para promoção de saúde e prevenção de doenças pode ser compreendida em três níveis de atenção como as medidas preventivas primárias, secundárias e terciárias. Todavia, foi identificado que o declínio da incidência de AVC é atribuível à melhora de sua prevenção primária, tornando a capacitação do enfermeiro de extrema importância na redução dessa ocorrência (RODRIGUES; OLIVEIRA; SILVA, 2015).

O incremento da detecção e a modificação dos fatores de risco mutáveis do AVC é o fundamento para a redução tanto do primeiro AVC quanto dos recorrentes (prevenção primária e secundária). Cerca de 80% dos AVCs são primeiros episódios, o que torna a prevenção primária de fundamental importância pelo impacto na incidência total, nas sequelas e no custo relacionado ao AVC. Portanto, a implantação de estratégias de prevenção implicará em benefício na redução das sequelas por AVC. A diretriz para prevenção primária do AVC recomenda controle farmacológico rígido dos fatores de risco, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e fibrilação atrial, em associação com modificações do estilo de vida (GOLDSTEIN *et al*, 2011).

Foi demonstrado que um estilo de vida saudável relacionado com controle do peso, dieta, exercícios regulares, baixo consumo de álcool e cessação do tabagismo está associado a um menor risco de AVC, particularmente do AVCi. A promoção de um estilo de vida saudável deve ser tema de programas educativos de saúde pública. É provável que estratégias mais promissoras para prevenção do AVC possam ocorrer por meio de uma ampla abordagem envolvendo a implantação de clínicas de prevenção, melhoria das ferramentas diagnósticas para identificar indivíduos assintomáticos com risco e melhorias da sensibilização pública sobre os fatores de risco de AVC e sua prevenção (SPENCE; BARNETT, 2013).

As estratégias para prevenção do AVC são agrupadas em duas categorias principais, geralmente complementares: a abordagem em massa e a abordagem de alto risco. A primeira se dirige à população em geral, por vezes organizada por instituições governamentais ou associações não governamentais, uma vez que utiliza educação pública, legislação, medida econômicas e distribuição de informações por meio de tecnologias impressas, com o objetivo de modificar os estilos de vida, o comportamento e desencorajar a

exposição a fatores de risco, como tabagismo, consumo de álcool e ingestão de sal, tendo mais impacto quando o fator de risco é altamente prevalente na população. A segunda abordagem, geralmente é realizada por enfermeiros e médicos, e se concentra nos indivíduos com altos níveis de um fator de risco por meio de administração de medicamentos e educação em saúde (TESTAI; GORELICK, 2013).

A hipertensão arterial, o fator de risco mais importante da doença cerebrovascular, está associada com um aumento de 2 a 3 vezes ou mais no risco de AVC, portanto, as campanhas direcionadas à detecção e ao tratamento precoces da hipertensão podem resultar em uma redução drástica na incidência do AVC. Dentre as recomendações com nível de evidência A, tem-se a triagem regular dos indivíduos e tratamento adequado da pressão, incluindo mudanças no estilo de vida (MESCHIA *et al*, 2014).

A importância da cessação do tabagismo na prevenção e no manejo da doença cardiovascular é constantemente reconhecida. A dependência do tabaco é a principal causa evitável de doença, incapacidade e morte no mundo desenvolvido, portanto, é importante desenvolver e aplicar abordagens sistemáticas para identificação e tratamento de fumantes em todas as situações clínicas. São considerados relevantes o aconselhamento, em combinação com a terapia medicamentosa utilizando reposição de nicotina, bupropiona ou vareniclina, recomendado para fumantes ativos para ajudar a parar de fumar (nível de evidência A) (PIPE *et al*, 2011).

Nas mulheres, as atividades de intervenção para prevenção de eventos tromboembólicos incluem alguns cuidados. Dentre eles, as orientações para uso de anticoncepcionais orais, pois pode ser prejudicial em mulheres com fatores de risco adicionais como tabagismo e evento tromboembólico prévio, sendo importante a medição da pressão arterial antes do início da contracepção hormonal. Às que apresentarem enxaqueca com aura são recomendados tratamentos para reduzir a frequência de enxaqueca, porque há uma associação entre enxaqueca e risco de AVC. Devido ao aumento do risco de AVC em mulheres com enxaqueca com aura e fumantes, é fortemente indicada a cessação do tabagismo nessas mulheres (BUSHNELL *et al*, 2016).

Estudo realizado com americanas jovens obteve que a maioria do conhecimento das participantes sobre o acometimento de AVC veio de interação com membros da família ou conhecidos que tiveram AVC, e não de campanhas ou prestadores de saúde. As participantes tinham dados confusos sobre os vários sintomas. Os resultados sugeriram que a educação em saúde é de grande valia para informar adequadamente essas mulheres, devendo

incluir histórias de mulheres com AVC e fornecer representações experienciais e visuais de sinais de alerta do AVC (BEAL, 2014).

Portanto, os dados apresentados permitem inferir que a utilização da educação em saúde como estratégia para a prevenção do AVC é relevante. Os achados convidam à reflexão sobre a importância e os alvos dos programas da educação para saúde e a qualidade da assistência ao AVC. Acrescenta-se a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde, em especial enfermeiros, no intuito de fornecer à comunidade subsídios para o reconhecimento dos sinais do AVC, rápido acionamento do serviço de emergência, modificações no estilo de vida e conhecimento dos principais fatores de risco.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

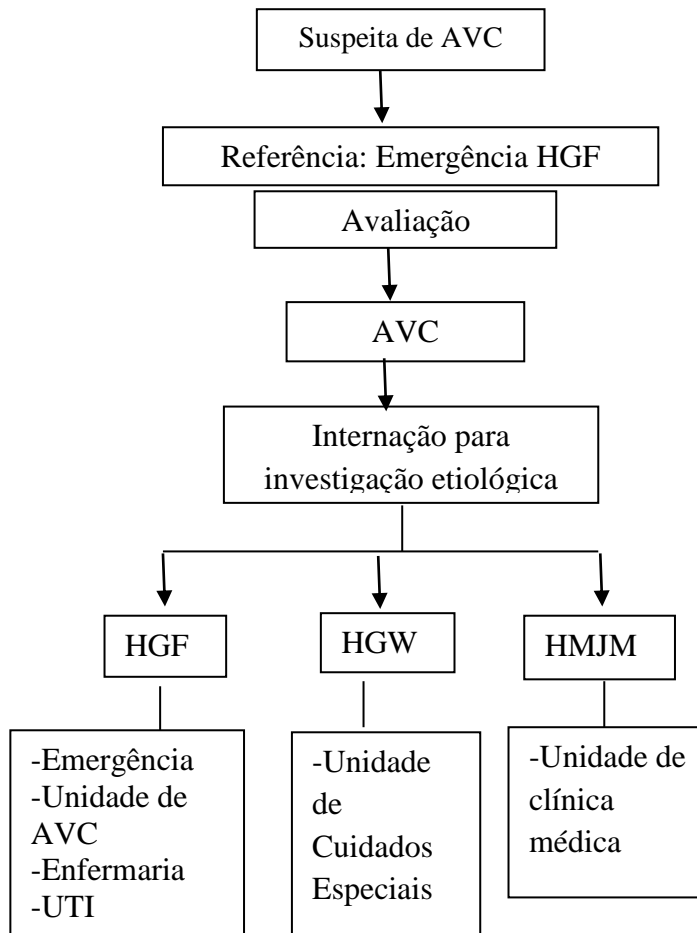
Trata-se de estudo objetivo, sistemático e mensurável, permitindo a análise estatística dos dados, portanto de caráter quantitativo e enquadrando-se num desenho de estudo longitudinal e analítico correlacional (CUNHA, MARTIN, OLIVEIRA, 2007).

O tipo de estudo é longitudinal prospectivo, uma vez que as variáveis são estudadas num determinado momento e comparadas às características dos mesmos elementos após três meses. Denomina-se também como um estudo analítico correlacional, uma vez que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e sua descrição (FORTIN, 2009). Neste estudo, será analisada a influência de variáveis independentes sobre a variável dependente, a independência funcional.

4.2 Locais do estudo

O estudo foi realizado em três hospitais públicos do Município de Fortaleza, Estado do Ceará: o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA) e Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA). A escolha desses locais foi realizada com base no fluxo de atendimento de pacientes com AVC neste município.

Em Fortaleza, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é o hospital de referência para o atendimento de pacientes com suspeita de AVC. No acolhimento da emergência do HGF, o enfermeiro avalia o indivíduo com suspeita de AVC e o classifica, encaminhando-o para avaliação neurológica específica. Após confirmação médica do diagnóstico mediante análise clínica, exames de imagem como a tomografia computadorizada e exames laboratoriais, o indivíduo segue para internação na unidade de AVC, enfermaria ou Unidade de Terapia intensiva (UTI), conforme estado clínico do paciente, onde iniciará a investigação etiológica. Quando não há vaga, o paciente permanece internado na Emergência ou é transferido para outros hospitais de apoio, como: Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA) e Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA). Esta tramitação está ilustrada no fluxograma a seguir:



4.2.1 Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

O HGF é o hospital de referência em AVC no Estado do Ceará, tendo inaugurado, em 2009, sua unidade de AVC vinculada à emergência, sendo esta a segunda unidade do Brasil especializada em prestar assistência aos indivíduos com esse diagnóstico. O fluxograma de atendimento aos pacientes com suspeita de AVC se inicia na emergência do HGF, passa pela unidade de internação, e após a alta os pacientes seguem em acompanhamento no ambulatório especializado.

As unidades onde as pacientes com diagnóstico de AVC estiveram internadas foram: Emergência, Enfermaria, Unidade de AVC e as três Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os pacientes internados na emergência do HGF são distribuídos em alas distintas: sala de parada, sala de estabilização, observação 1, observação 2, observação 3 e “corredor”. Vinculado à emergência há uma unidade com enfermarias e a unidade de AVC.

4.2.2 Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA)

O Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA) é de atenção secundária, tendo sido o primeiro hospital público da região Norte e Nordeste a receber o título de acreditação hospitalar nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Trata-se de um hospital de apoio para a rede terciária de assistência do Estado do Ceará, atendendo exclusivamente à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 336 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, Unidades de Cuidados Especiais, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica e berçário médio risco. Desenvolve, ainda, programas de assistência ambulatorial e domiciliar, bem como cuidados especiais e personalizados, com equipes multidisciplinares para pacientes portadores de enfermidades crônicas (como pé diabético e AVC).

A unidade participante da pesquisa foi a Unidade de Cuidados Especiais voltada para o atendimento exclusivo de AVC.

4.2.3 Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)

O HMJMA (antigo Hospital da Polícia Militar) possui convênio com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) e oferece diversas especialidades médicas, sendo considerada uma unidade de retaguarda, tendo projetos em andamento para ser regularizado como hospital terciário. Neste convênio, o HMJMA recebe os pacientes com diagnóstico de AVC transferidos do HGF para realizar exames de investigação etiológica.

Possui duas unidades de internação (masculina e feminina), cujos pacientes internados apresentam diagnósticos variados, entre eles, o AVC. Diante disso, a unidade participante da pesquisa foi a unidade feminina.

4.3 População e amostra

A população envolveu as mulheres em idade fértil internadas nas unidades referidas, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são aquelas que se encontram na faixa etária de 15 a 49 anos de idade (OMS, 2011). O critério de inclusão foi estar internada em uma das três unidades com diagnóstico médico confirmado de acidente vascular cerebral; Os critérios de exclusão foram: ausência de acompanhante em três visitas seguidas, para as pacientes internadas na UTI e/ou com dificuldades de comunicação; mudança de diagnóstico no decorrer das visitas médicas.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2015 à outubro de 2016, respeitando os horários de atividades das unidades. Foi precedida de uma reunião com a coordenação de Enfermagem, no intuito de apresentar o projeto, explicar os objetivos e a metodologia da pesquisa, além de acordar quanto ao melhor turno e horários para a coleta dos dados.

Os dados foram coletados em duas etapas: 1. Avaliação inicial; e 2. Avaliação após três meses do AVC.

✓ 1. Avaliação inicial

Os dados foram coletados por duas enfermeiras, sendo uma mestrande e uma doutoranda, ambas com experiência na assistência de Enfermagem a vítimas de AVC. Uma aluna de graduação também participou da coleta de dados, mas sob supervisão das duas primeiras. As três pesquisadoras reuniram-se previamente para discutir os passos da coleta e simularem a aplicação dos instrumentos a fim de unificarem cada ação. Houve, ainda, a realização de um teste-piloto em que o instrumento foi aplicado com três mulheres. Ao final dessas primeiras coletas, o instrumento foi reformulado conforme a necessidade para melhor organização das perguntas e sequência lógica da coleta.

Foi elaborado um cronograma incluindo três dias da semana (segunda, quarta e sexta-feira) para realização da coleta de dados por dupla de pesquisadoras e estabeleceu-se que uma das enfermeiras sempre estaria presente, pela experiência com a área do cuidado.

Com o passar dos meses, o cronograma foi reorganizado de modo que em alguns dias os dados fossem coletados por apenas uma pesquisadora.

Em cada dia, era seguido o fluxo de atendimento das usuárias, sendo realizado um levantamento no relatório médico e no sistema informatizado da equipe de Neurologia da emergência do HGF e do registro de internação de cada unidade, para identificar a entrada de mulheres que preenchiem aos critérios de inclusão do estudo. Da mesma forma ocorreu no HGWA e no HMJMA. Ao identificá-las, o prontuário era consultado para confirmação do diagnóstico médico de AVC e checagem de informações acerca do histórico da paciente e dados da admissão.

O convite para participar da pesquisa era formulado no momento em que as pacientes estavam acordadas e quando não haviam procedimentos a serem realizados. Foram explicados os objetivos e a metodologia do estudo, os critérios de inclusão e exclusão e a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) pela paciente ou responsável. Quando a paciente estava inconsciente ou apresentava alterações cognitivas ou de compreensão que dificultassem responder algum questionamento, os familiares foram indagados, assim como assinaram o TCLE, como responsáveis.

Foi preenchido um instrumento com dados de identificação, sociodemográficos, histórico de antecedentes familiar e pessoal, histórico ginecológico e obstétrico, uso prévio de AHC e presença de outros fatores de risco para AVC (Apêndice C). Comprometimento neurológico, funcional, gravidade do AVC e grau de incapacidade para desempenho das atividades de vida diária foram verificados mediante avaliação física.

O comprometimento neurológico foi determinado pela identificação dos déficits neurológicos: déficit motor, de sensibilidade, fala, visão, alteração do nível de consciência e desequilíbrio, pela pesquisadora e dados da admissão presente no prontuário.

Na avaliação inicial da gravidade do AVC, no momento de comparecimento à Unidade, foi aplicada a Escala de AVC do *NIHSS*, que faz parte da avaliação neurológica e auxilia na identificação da gravidade. São 11 pontos de instrução avaliados: 1. Nível de Consciência, 2. Melhor olhar Conjugado, 3. Visual, 4. Paralisia facial, 5. Motor para braços, 6. Motor para pernas, 7. Ataxia de membros, 8. Sensibilidade, 9. Melhor linguagem, 10. Disartria, 11. Extinção ou Desatenção (BRASIL, 2013) (Anexo A). Cada instrução recebe um escore referente à resposta que o paciente obteve e o somatório dos escores leva à classificação da gravidade do AVC em: Leve, quando a pontuação for menor ou igual a 5; Moderado, quando a pontuação for entre 6 e 13 pontos; Grave, quando o escore for igual ou superior a 14 pontos (SCHLEGEI *et al.*, 2003).

Quanto à análise da avaliação funcional após o AVC, foi aplicada a Escala de Rankin Modificada (Anexo B). Esta descreve o grau de deficiência segundo a capacidade de desenvolver atividades habituais de 0 a 6, sendo o 0 (sem sintomas), 1 (nenhuma deficiência), 2 (Leve), 3 (Moderada), 4 (Moderadamente Grave), 5 (Grave) e 6 (Óbito) (WILSON *et al.*, 2002).

Referindo-se, ainda, à identificação do grau de incapacidade e limitações nas atividades de vida diárias, foi utilizado o Índice de Barthel Modificado (IBM). Este avalia a capacidade para realização de atividades como alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências (cama e cadeira), subir e descer escadas, deambulação e manuseio da cadeira de rodas. Mediante análise desses quesitos foi identificado o nível de dependência em 1 (dependência total), 2 (assistência em todos os aspectos), 3 (assistência em alguns passos da tarefa), 4 (assistência mínima ou supervisão na tarefa) e 5 (totalmente independente). Ao final, foi contabilizado os escores totais para classificação do paciente, conforme segue: 10 (dependência total); 11-30 (dependência severa); 31-45 (dependência moderada), 46-49 (ligeira dependência); 50 (independência total) (SHAH; VANCLAY; COOPER, 1989) (Anexo C).

As três escalas apresentadas em versões adaptadas apresentam níveis de evidência de confiabilidade clinicamente aceitáveis para avaliação do comprometimento neurológico. Portanto, as três são recomendadas para avaliação diagnóstica e prognóstica na assistência a pacientes com AVC (CANEDA *et al.*, 2006).

Ressalta-se que tanto a Escala *NIHSS* quanto a Escala de Rankin foram traduzidas, adaptadas e validadas para a língua portuguesa, sendo sugerido o uso rotineiro destas para triagem, direcionamento das condutas clínicas e de reabilitação (GUIMARÃES; GUIMARÃES, 2004).

O peso e a altura foram aferidos pela pesquisadora e/ou referidos pelas participantes, a depender do estado geral destas. Dividindo-se o peso em quilos (kg) pela altura ao quadrado, em metros (m²) se determinará o Índice de Massa Corporal (IMC). A partir do resultado obtido a mulher foi classificada quanto ao estado nutricional: baixo peso (IMC < 19,8), eutrófico (IMC > 19,8 – 26,0), sobrepeso (IMC entre 25,0 - 29,9kg/m) e obesidade (IMC >30kg/m), conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000).

✓ **Três meses depois do AVC**

Passados três meses do ictus de cada paciente, deu-se seguimento a coleta de dados com a verificação do prontuário e contato com as mulheres por meio de ligação telefônica. A pesquisadora retornou aos hospitais para consultar informações contidas no prontuário como os exames de investigação etiológica realizados e conferir o relatório de alta. Dessa forma, garantiu-se o conhecimento de mais dados que tornaram as ligações telefônicas mais contundentes. Nesse momento, foram identificados casos de óbitos, o que não indicava o contato telefônico.

Após a consulta ao prontuário as mulheres foram contatadas. Foram questionadas acerca das atividades de vida diária, aplicando a Escala de Rankin e de Barthel novamente, a fim de verificar a permanência de déficits neurológicos iniciais ou a presença de novos déficits.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variável desfecho

Constitui a variável dependente, ou variável resposta do estudo:

- ✓ **Capacidade de realização das AVDs:** Pontuação de 0 a 50.

4.5.2 Variáveis preditoras

As variáveis independentes, ou explicativas, foram:

- ✓ **Fatores de risco para o AVC e variáveis sócio-demográficas:** Variáveis categóricas;
- ✓ **Gravidade do AVC:** Classificados em pontos de corte: leve, moderado e grave;
- ✓ **Grau de comprometimento funcional:** Discriminados em graus de 0 a 6.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi inicialmente elaborado um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel 2010 e, posteriormente, transportados para o software Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0. O intervalo de confiança de 95% foi adotado. Para avaliar variáveis quantitativas numéricas, a normalidade foi verificada mediante teste de Kolmogorov-Smirnov (*K-S*), adotando-se uso da mediana para distribuições não normais. . Na análise de associação entre variáveis, optou-se pelos testes Qui-quadrado de *Pearson* e

Razão de Verossimilhança, com adoção de $p < 0,05$ para consideração de associação estatística significativa. Os dados foram apresentados em tabelas ilustrativas e discutidos conforme literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) com parecer n. 1.282.922 (ANEXO D) e do Hospital Geral de Fortaleza com parecer n. 1.327.321 (ANEXO E). O Comitê de ética do Hospital Geral Waldemar de Alcântara aprovou a realização da pesquisa mediante parecer da UFC.

Foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e que o estudo não traria nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012b). O termo de fiel depositário para a busca de informações nos prontuários foi devidamente autorizado pelas instituições (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir das entrevistas com as 109 mulheres foram dispostos nas tabelas a seguir. Apenas 35% das mulheres com AVC foram atendidas em unidade especializada para AVC agudo; as demais estavam em UTI e na emergência aguardando leito. Quanto ao tipo de AVC, 67 (62%) foram acometidas por AVCi, 33 (30,6%) por AVCh e 8 (7,4%) por TVC. As características sociodemográficas das mulheres entrevistadas foram dispostas na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Fortaleza, 2016.

Variáveis	n	%	Média/Mediana
Faixa etária (anos)			
Até 19	3	2,8	Mediana 42 anos e Intervalo Interquartil de 11 anos
20 – 24	9	8,3	
25-29	5	4,6	
30-39	22	20,2	
40-49	70	64,2	
Procedência			
Capital	54	49,5	Mediana 10 anos e Intervalo Interquartil de 6 anos
Interior	50	45,9	
Outros Estados	3	2,8	
Ignorado	2	1,8	
Anos de estudo			
0 a 9	49	45	Mediana R\$ 1.760,00 reais (Acima de 1 a 2 salários) e Intervalo Interquartil de R\$ 1.120,00 reais
10 a 12	50	45,9	
Acima de 12	5	4,6	
Ignorado	5	4,6	
Renda mensal (salário mínimo)			
Até 1	41	37,6	Mediana R\$ 1.760,00 reais (Acima de 1 a 2 salários) e Intervalo Interquartil de R\$ 1.120,00 reais
Acima de 1 a 2	32	29,4	
Acima de 2 a 3	20	18,3	
Acima de 3	10	9,2	
Ignorado	6	5,5	
Raça			
Negra	13	11,9	Mediana R\$ 1.760,00 reais (Acima de 1 a 2 salários) e Intervalo Interquartil de R\$ 1.120,00 reais
Parda	64	58,7	
Amarela	2	1,8	
Branca	26	23,9	
Ignorado	4	3,7	
Condição da união			
Com companheiro	74	67,9	Mediana R\$ 1.760,00 reais (Acima de 1 a 2 salários) e Intervalo Interquartil de R\$ 1.120,00 reais
Sem companheiro	35	32,1	
Ocupação			
Do lar	57	52,3	Mediana R\$ 1.760,00 reais (Acima de 1 a 2 salários) e Intervalo Interquartil de R\$ 1.120,00 reais
Fora do lar	52	47,7	

Quanto às características sociodemográficas percebeu-se que a idade variou de 18 a 49 anos, sendo a faixa etária de 40 a 49 anos a que agrupou maior número de mulheres, ou seja, 70 (64,2%) adultas jovens, com mediana de 42 anos. Dessas, 74 (67,9%) apresentavam união estável, 41 (37,6%) tinha renda de até um salário mínimo e 56 (51,3%) não eram ativas economicamente.

Os fatores de risco para a ocorrência do AVC também foram investigados na avaliação inicial e foram dispostos na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco para a ocorrência de AVC presentes nas mulheres entrevistadas. Fortaleza, 2016.

Variáveis	n	%
História Familiar de AVC		
Sim	43	39,4
Não	66	60,6
História familiar de aneurisma		
Sim	4	3,7
Não	105	96,3
História familiar de TVP		
Sim	7	6,4
Não	101	92,7
Ignorado	1	0,9
Doença cardíaca		
Sim	15	13,8
Não	92	84,4
Ignorado	2	1,8
Diabetes		
Sim	11	10,1
Não	97	89
Ignorado	1	0,9
HAS		
Sim	44	40,4
Não	64	58,7
Ignorado	1	0,9
Tratamento para HAS		
Sim	25	56,8
Não	11	25
Ignorado	8	18,2
Hipertensão gestacional		
Sim	18	16,5
Não	84	77,1
Ignorado	7	6,4
Pré-eclâmpsia		
Sim	14	12,8
Não	92	84,4
Ignorado	3	2,8
Eclâmpsia		
Sim	6	5,5
Não	101	92,7
Ignorado	2	1,8

AIT		
Sim	7	6,4
Não	102	93,6
Alcoolismo		
Sim	22	20,2
Não	86	78,9
Ignorado	1	0,9
Tabagismo		
Sim	24	22
Não	85	78
Uso de drogas		
Sim	1	0,9
Não	106	99,1
Ignorado	2	1,8
Atividade física		
Sim	22	20,2
Não	85	78
Ignorado	2	1,8
Enxaqueca		
Sim	64	58,7
Não	43	39,4
Ignorado	2	1,8
Estresse		
Sim	48	44
Não	57	52,3
Ignorado	4	3,7
AVC anterior		
Sim	15	13,8
Não	91	83,5
Ignorado	3	2,8
Doença mental		
Sim	19	17,4
Não	84	77,1
Ignorado	6	5,5
TRH		
Sim	1	0,9
Não	93	85,3
Ignorado	15	13,8
Uso de método hormonal combinado		
Sim	38	34,9
Não	71	65,3
IMC		
Eutrófico	35	32,1
Sobrepeso	37	33,9
Obesidade I	10	9,2
Obesidade II	5	4,6
Ignorado	22	20,2

Os principais fatores de risco identificados para o déficit neurológico agudo dessas mulheres foram o sedentarismo 85 (79,4%), enxaqueca 64 (58,7%), o excesso de peso 52 (47,7%), estresse 48 (44%), a HAS 44 (40,4%). O sedentarismo constitui o fator de maior prevalência, quase $\frac{3}{4}$ das mulheres não praticava nenhum tipo de atividade física. Do total das mulheres entrevistadas, 3 (2,7%) eram puérperas e 1(0,9%) gestante.

Na avaliação da capacidade das mulheres em idade fértil para a realização das atividades de vida diária, o IBM foi aplicado na avaliação inicial da paciente e três meses após esse momento. Na avaliação inicial, foram obtidos os dados de 108 pacientes, e a avaliação três meses após foi realizada com 99 participantes, dado as perdas que ocorreram. Esses dados foram dispostos na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da classificação da capacidade funcional para realização das AVDs segundo escala de Barthel na avaliação inicial e três meses depois. Fortaleza, 2016.

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO	Inicial		Três meses depois	
	n	%	n	%
Dependência total	9	8,3	2	1,8
Dependência severa	35	32,1	7	6,4
Dependência moderada	30	27,5	19	17,4
Ligeira dependência	14	12,8	22	20,2
Independência	20	18,3	49	45,0
Ignorado	1	0,9	10	9,2

Conforme exposto na tabela 3, percebe-se que na avaliação inicial 44 (40,4%) encontram-se classificadas com dependência total e severa, enquanto que na avaliação três meses após, esse percentual reduziu para 9 (8,2%), denotando melhora na capacidade funcional para realização das AVDs no período de três meses. Na investigação dos fatores associados à capacidade funcional das mulheres entrevistadas, verificou-se sua associação com as variáveis sociodemográficas e esses dados foram dispostos na tabela 4.

Tabela 4– Associação das variáveis sociodemográficas e o grau de dependência para realização de AVDs na fase aguda e após três meses. Fortaleza, 2016.

VARIÁVEIS	ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO										Valores de p		
	Dependência total		Dependência severa		Depend. moderada		Ligeira dependência		Independência		Inicial	3 meses	
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)			
Faixa Etária													
18 – 29	2(11,8)	-	5(29,4)	1(7,1)	6(35,3)	3(21,4)	1(5,9)	4(28,6)	3(17,6)	6(42,9)			
30 – 39	2(9,1)	1(5,3)	4(18,2)	-	4(18,2)	2(10,5)	3(13,6)	4(21,1)	9(40,9)	12(63,2)	0,191 [†]	0,582 [‡]	
40 - 49	5(7,2)	1(1,5)	26(37,7)	6(9,1)	20(29)	14(21,2)	10(14,5)	14(21,2)	8(11,6)	31(47)			
Procedência													
Capital	3(5,6)	1(2)	13(24,1)	2(4)	12(22,2)	5(10)	12(22,2)	14(28)	14(25,9)	28(56)			
Interior	5(10,2)	1(2,2)	19(38,8)	5(11,1)	17(34,7)	13(28,9)	2(4,1)	7(15,6)	6(12,2)	19(42,2)	0,032[‡]	0,232 [‡]	
Outros estados	-	-	2(66,7)	-	1(33,3)	-	-	1(50)	-	1(50)			
Escolaridade													
0 – 9	5(10,2)	1(2,2)	17(34,7)	4(8,9)	14(28,4)	8(17,8)	7(14,3)	14(31,1)	6(12,2)	18(40)			
10 – 16	3(5,6)	1(2)	16(29,6)	3(5,9)	15(27,8)	10(19,6)	7(13)	8(15,7)	13(24,1)	29(56,9)	0,573*	0,374 [‡]	
Renda (sal. mín.)													
Até 1	1(2,4)	-	14(33,3)	-	19(45,2)	11(29,7)	2(4,8)	11(29,7)	6(14,3)	15(40,5)			
1,1 - 2,0	4(12,9)	1(3,7)	10(32,3)	2(7,4)	5(16,1)	5(18,5)	6(19,4)	4(14,8)	6(19,4)	15(55,6)	0,043[‡]	0,025[‡]	
2,1 – 8	4(13,8)	1(3,4)	7(24,1)	3(10,3)	6(20,7)	1(3,4)	6(20,7)	7(24,1)	6(20,7)	17(58,6)			
Ocupação													
Do lar	3(5,4)	1(2)	16(28,6)	4(7,8)	18(32,1)	13(25,5)	8(14,3)	10(19,6)	11(19,6)	23(45,1)			
Fora do lar	6(11,5)	1(2,1)	19(36,5)	3(6,3)	12(23,1)	6(12,5)	6(11,5)	12(25)	9(17,3)	26(54,2)	0,592*	0,548 [‡]	
União													
Com companheiro	5(6,8)	2(2,9)	25(34,2)	4(5,9)	18(24,7)	16(23,5)	10(13,7)	12(17,6)	15(20,5)	34(50)			
Sem companheiro	4(11,4)	-	10(28,6)	3(9,7)	12(34,3)	3(9,7)	4(11,4)	10(32,6)	5(14,3)	15(48,4)	0,696*	0,181 [‡]	
Raça													
Negra	3(23,1)	1(10)	3(23,1)	1(10)	4(30,8)	2(20)	1(7,7)	1(10)	2(15,4)	5(50)			
Parda	1(1,6)	-	19(30,2)	4(6,6)	23(36,5)	11(18)	8(12,7)	18(29,5)	12(19)	28(45,9)	0,03[‡]	0,231 [‡]	
Branca	4(15,4)	-	10(38,5)	2(8,3)	2(7,7)	6(25)	4(15,4)	2(8,3)	6(23,1)	14(58,3)			

[‡]Teste Razão de Verossimilhança; *Teste de Qui-quadrado

Conforme observa-se na tabela 4, houve associação entre a procedência e o grau de dependência, uma vez que na avaliação inicial, as mulheres que eram do interior apresentaram maior grau de dependência total ou severa, quando quase metade das mulheres de Fortaleza apresentou graus variando de ligeira dependência a independência. A renda foi outro fator que influenciou no grau de dependência, uma vez que na avaliação inicial as mulheres com renda até um salário mínimo apresentaram maior prevalência de dependência total a moderada em relação às demais, bem como na avaliação após três meses as mulheres que apresentavam menores salários estavam mais classificadas em dependência total a moderada. Ademais, a raça também apresentou significância estatística com o grau de dependência, uma vez que na avaliação inicial a raça negra apresentou maior grau de dependência total a moderada em relação às demais.

Os dados referentes à associação entre os fatores de risco pessoais e o grau de dependência para as AVD foram alocados nas tabelas 5.

Tabela 5 - Associação entre os fatores de risco pessoais não modificáveis e o grau de dependência para as AVD. Fortaleza, 2016.

Variáveis	ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO										Valores de p	
	Dependência Total		Dependência severa		Dependência moderada		Ligeira dependência		Independência		Inicial	3 meses
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)		
Doença cardíaca											0,040[†]	0,309 [†]
Sim	1(6,7)	0	5(33,3)	1(8,3)	8(53,3)	3(25)	-	5(41,7)	1(6,7)	3(25)		
Não	8(8,8)	2(2,4)	30(33)	6(7,1)	20(22)	16(8,8)	14(15,4)	16(18,8)	19(20,9)	45(52,9)		
Hipertensão arterial											0,853*	0,971 [†]
Sim	5(11,6)	1(2,6)	13(30,2)	2(5,1)	13(30,2)	8(20,5)	5(11,6)	9(23,1)	7(16,3)	19(48,7)		
Não	4(6,3)	1(1,7)	22(34,4)	5(8,5)	17(26,6)	11(18,6)	9(14,1)	13(22)	12(18,8)	29(49,2)		
Diabetes											0,504 [†]	0,698 [†]
Sim	0	0	2(20)	1(9,1)	3(30)	2(18,2)	2(20)	1(9,1)	3(30)	7(63,6)		
Não	9(9,3)	2(2,3)	32(33)	6(6,9)	27(27,8)	16(18,4)	12(12,4)	21(24,1)	17(17,5)	42(48,3)		
Pré-eclâmpsia											0,104 [†]	0,350 [†]
Sim	1(7,1)	0	4(28,6)	0	6(42,6)	2(16,7)	3(21,4)	5(41,7)	0	5(41,7)		
Não	7(7,7)	2(2,4)	30(33)	6(7,1)	23(25,3)	16(19)	11(12,1)	16(19)	20(22)	44(52,9)		
Eclâmpsia											0,485 [†]	0,542 [†]
Sim	0	0	2(33,3)	1(20)	3(50)	1(20)	3(21,4)	0	1(16,7)	1(20)		
Não	8(8)	2(2,2)	32(32)	5(5,4)	27(27)	17(18,5)	14(14)	20(21,7)	19(19)	48(52,2)		
AIT											0,822 [†]	0,444 [†]
Sim	0	0	3(42,9)	1(14,3)	2(28,6)	0	1(14,3)	2(28,6)	1(14,3)	4(57,1)		
Não	9(8,9)	2(2,2)	32(31,7)	6(6,5)	28(27,7)	19(20,7)	13(12,9)	20(21,7)	19(18,8)	45(48,9)		
AVC anterior											0,133 [†]	0,716 [†]
Sim	1(7,1)	0	1(7,1)	2(14,3)	7(50)	2(14,3)	2(14,3)	4(28,6)	3(21,4)	6(42,9)		
Não	8(8,8)	2(2,4)	33(36,3)	5(6)	22(24,2)	16(19,3)	12(13,2)	18(21,7)	16(17,6)	42(50,6)		
Enxaqueca											0,053*	0,683 [†]
Sim	4(6,3)	1(1,7)	14(22,2)	3(5,2)	23(36,5)	9(15,5)	10(15,9)	15(25,9)	12(19)	30(51,7)		
Não	5(11,6)	1(2,5)	19(44,2)	4(10)	7(16,3)	9(22,5)	4(9,3)	7(17,5)	8(18,6)	19(47,5)		
Doença mental											0,714*	0,699*
Sim	1(5,6)	0	5(27,8)	2(12,5)	7(38,9)	2(12,5)	3(16,7)	3(18,8)	2(11,1)	9(56,3)		
Não	8(9,5)	2(2,6)	28(33,3)	5(6,5)	21(25)	16(20,8)	11(12,1)	18(23,4)	16(19)	36(46,8)		

[†]Teste Razão de Verossimilhança; *Teste de Qui-quadrado

A associação dos fatores de risco não modificáveis com a capacidade para realização das AVDs exibiu que 14(93,3%) das mulheres que possuíam doença cardíaca apresentaram dependência severa a moderada para as AVDs, na fase aguda, com associação estatística. Ademais, 26 (60,4%) das hipertensas manifestaram dependência severa e moderada na fase aguda, $p=0,040$.

Na fase inicial do AVC, as mulheres que apresentaram como fator de risco pré-eclâmpsia e eclâmpsia desenvolveram, em sua maioria, dependência total a moderada para a realização das AVDs. De forma semelhante, as que tinham sido acometidas por déficit neurológico agudo anteriormente, como o AIT e AVC anterior indicaram dependência severa (AIT com 42,9%) e moderada (AVC com 50%) para a realização das AVDs.

A seguir, temos a associação dos fatores de risco modificáveis e o grau de dependência para as AVD, alocados nas tabelas 6

Tabela 6 - Associação entre os fatores de risco pessoais modificáveis e o grau de dependência para as AVD. Fortaleza, 2016.

Variáveis	ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO										Valores de p		
	Dependência Total		Dependência severa		Depend. moderada		Ligeira dependência		Independência		Inicial	3 meses	
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)			
Atividade física													
Sim	2(9,1)	1(4,8)	4(18,2)	0	6(27,3)	1(4,8)	2(9,1)	4(19)	8(36,4)	15(71,4)	0,170 [†]	0,030[†]	
Não	6(7,1)	1(1,3)	31(36,9)	7(9,1)	23(27,4)	18(23,4)	12(14,3)	18(23,4)	12(14,3)	33(42,9)			
Alcoolismo													
Sim	4(18,2)	2(10,5)	8(36,4)	0	4(18,2)	6(31,6)	3(13,6)	4(21,1)	3(13,6)	7(36,8)	0,405 [†]	0,017[†]	
Não	5(5,9)	0	27(31,8)	7(8,9)	25(29,4)	13(16,5)	11(12,9)	17(21,5)	17(20)	42(53,2)			
Tabagismo													
Sim	2(8,3)	1(4,5)	9(37,5)	2(9,1)	8(33,3)	5(22,7)	2(8,3)	6(27,3)	3(12,5)	8(36,4)	0,774 [†]	0,656 [†]	
Não	7(8,3)	1(1,3)	26(31)	5(6,5)	22(26,2)	14(18,2)	12(14,3)	16(20,8)	17(20,2)	41(53,2)			
Estresse													
Sim	4(8,3)	1(2,3)	14(29,2)	4(9,1)	16(33,3)	7(15,9)	6(12,5)	11(25)	8(16,7)	21(47,7)	0,925*	0,952 [†]	
Não	5(8,9)	1(2)	19(33,9)	3(5,9)	14(25)	10(19,6)	8(14,3)	11(21,6)	10(17,9)	26(51)			
Uso do AOC													
Sim	4(10,5)	1(2,9)	10(26,3)	2(5,7)	12(31,6)	2(5,7)	1(2,6)	10(28,6)	11(28,9)	20(57,1)	0,048*	0,088 [†]	
Não	5(7,1)	1(1,6)	25(35,7)	5(7,8)	18(25,7)	17(26,6)	13(18,6)	12(18,8)	9(12,9)	29(45,3)			

[†]Teste Razão de Verossimilhança; *Teste de Qui-quadrado

Conforme exposto na tabela 6, a atividade física e o alcoolismo tiveram associação significativa com grau de dependência na avaliação após os três meses, pois a maioria das mulheres independentes eram ativas fisicamente, 15 (71,4%), com $p=0,030$, e não eram alcoolistas, 42 (53,2%), com $p=0,017$.

Quanto ao uso de anticoncepcional, na fase aguda, 4 (10,5%) das usuárias de AOC apresentaram dependência total, ao passo que 5 (7,1%) das não usuárias apresentaram o mesmo nível de dependência. A dependência moderada foi mais presente nas usuárias de AOC, 12 (31,6%) com $p= 0,048$.

A associação entre os tipos de AVC, déficits neurológicos com grau de dependência para as AVD foi retratada na tabela 7.

Tabela 7- Associação entre os tipos de AVC e os déficits neurológicos com o grau de dependência para as AVDs, na fase aguda e após três meses. Fortaleza, 2016.

	ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO										Valores de p	
	Dependência Total		Dependência severa		Dependência moderada		Ligeira dependência		Independência			
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial	3 meses
TIPO DE AVC												
AVCi	3 (4,5)	1 (1,6)	21 (31,8)	5 (7,8)	17 (25,8)	12 (18,8)	11 (16,7)	14 (21,9)	14 (21,2)	32 (50)		
AVCh	5 (15,2)	1 (3,7)	13 (39,4)	1 (3,7)	11 (33,3)	6 (22,2)	3 (9,1)	8 (29,6)	1 (3)	11 (40,7)	0,021[†]	0,580 [‡]
TVC	1 (12,5)	-	1 (12,5)	1 (14,3)	2 (25)	1 (14,3)	-	-	4 (50)	5 (71,4)		
DÉFICITS NEUROLÓGICOS												
Motor												
Sim	5 (11,4)	2(4,5)	26(59,1)	7 (15,9)	11 (25)	15 (34,1)	1(2,3)	16 (36,4)	1 (2,3)	4 (9,1)	0,000*	0,000[‡]
Não	1 (1,9)	0	6 (11,1)	0	16 (29,6)	4 (7,3)	13 (24,1)	6 (10,9)	18 (33,3)	45 (81,8)		
Sensibilidade												
Sim	0	0	4 (30,8)	1 (7,1)	5 (38,5)	3 (21,4)	3 (23,1)	5 (35,7)	1 (7,7)	5 (35,7)	0,362 [†]	0,645 [‡]
Não	6(7,1)	2(2,4)	28(32,9)	6(7,1)	22(25,9)	16(18,8)	11(12,9)	17(20)	18(21,2)	44(51,8)		
Fala												
Sim	3(15,8)	1(5,3)	10(52,6)	4 (21,1)	5(26,3)	10 (52,6)	0	2 (10,5)	1(5,3)	2 (10,5)	0,006[†]	0,000[‡]
Não	3(3,8)	1(1,3)	22(27,8)	3(3,8)	22(27,8)	9(11,3)	14(17,7)	20(25)	18(22,8)	47(58,8)		
Visual												
Sim	0	0	1(9,1)	0	4(36,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)	7 (63,6)	0,182 [†]	0,612 [‡]
Não	6(6,9)	2(2,3)	31(35,6)	7(8)	23(26,4)	17(19,3)	12(13,8)	20(22,7)	15(17,2)	42(47,7)		
Equilíbrio												
Sim	0	0	2(100)	0	0	0	0	1 (50)	0	1 (50)	0,335 [†]	0,796 [‡]
Não	6(6,3)	2(2,1)	30(31,3)	7(7,2)	27(28,1)	19(19,6)	14(14,6)	21(21,6)	19(19,8)	48(49,5)		

[†]Teste Razão de Verossimilhança; ^{*}Teste de Qui-quadrado

Ao associar o IBM com os tipos de AVC, constatou-se que a dependência total 5(15,2%) e severa 13(39,4%) teve maior repercussão no AVCh em fase aguda ($p = 0,021$). Em contrapartida, as mulheres mais independentes foram as acometidas por TVC.

Quanto aos déficits neurológicos que as mulheres apresentaram no momento do AVC, para melhor organização dos dados, as parestesias foram incluídas no déficit de sensibilidade, as paresias e plegias no déficit motor, as afasias e disartrias nas alterações da fala, a vertigem e alterações da marcha incluídas no déficit do equilíbrio.

O déficit motor foi o acometimento mais presente nas avaliações 66 (60,6%), seguido das alterações na fala 60 (55%). A maior parte das mulheres com dependência total a severa para as AVDs apresentou déficit motor e de fala, na fase aguda.

O déficit motor foi o acometimento mais presente nas avaliações (60,6%), seguido das alterações na fala (55%). A maior parte das mulheres (59,1%) que apresentaram déficit motor na fase aguda exibiram dependência severa para as AVDs com $p = 0,000$. Após três meses, já em suas residências, as que manifestaram déficit motor apresentaram dependência moderada (34,1%) e ligeira dependência (36,4%) para as atividades no dia a dia com $p = 0,000$. Já as alterações na fala, deficiência de bastante impacto, na fase aguda esteve relacionado, na maioria, ao grau de dependência severa (52,6%) e, após três meses, associado à dependência moderada para as AVDs (52,6%) com $p = 0,000$.

A gravidade e a capacidade funcional do AVC foram avaliadas por meio da escala de *NIHSS* e de Rankin e associado ao IBM, dados dispostos na tabela 8.

Tabela 8 - Capacidade para realização das AVDs na fase aguda e após 3 meses de acordo com a gravidade (NIHSS) e capacidade funcional (RANKIN) do AVC. Fortaleza, 2016.

	ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO										Valores de p	
	Dependência Total		Dependência severa		Depend. moderada		Ligeira dependência		Independência		Inicial	3 meses
	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)	Inicial n (%)	3 meses n (%)		
NIHSS												
Leve	0	0	5(8,5)	0	20(33,9)	4(7,3)	14(23,7)	9(16,4)	20(33,9)	42(76,4)		
Moderado	0	0	20(71,4)	3(10,7)	8(28,6)	8(28,6)	0	13(46,4)	0	4(14,3)	0,000[‡]	0,000[‡]
Grave	4(30,8)	1(10)	9(69,2)	3(30)	0	6(60)	0	0	0	0		
RANKIN												
Sem sintomas	0	0	1(4)	0	7(28)	0	4(16)	0	13(52)	25(100)		
Sem deficiência significativa	0	0	2(8,3)	0	8(33,3)	0	9(37,5)	5(20,8)	5(20,8)	19(79,2)		
Deficiência leve	1(4)	0	13(52)	0	9(36)	4(16)	1(4)	16(64)	1(4)	5(20)	0,000[‡]	0,000[‡]
Deficiência moderada, moderadamente grave e grave	6(21,4)	2(8,3)	18(64,3)	7(29,2)	3(10,7)	14(58,3)	0	1(4,2)	1(3,6)	0		

[‡]Teste Razão de Verossimilhança

Na fase aguda a após três meses, evidenciou-se que a dependência total a severa esteve associada a maior gravidade e menor capacidade funcional, tanto na fase aguda quanto três meses após, com valor de p tendendo ao infinito ($p= 0,000$).

6 DISCUSSÃO

O estudo agrupou 109 mulheres jovens. Dessas, apenas 35% delas foram atendidas em unidade especializada para AVC agudo (UAVC), as demais estavam em UTI e na emergência, aguardando leito específico. A qualidade de cuidados para essa enfermidade está relacionada a um trabalho multidisciplinar comum em unidades especializadas para o AVC agudo, demonstrando impacto na redução da mortalidade, institucionalização e dependência (SOUZA *et al*, 2013). O serviço de emergência é primordial na detecção precoce, na realização de exames de imagem e no transporte para a unidade em tempo hábil para tratamento posterior (LIN *et al*, 2012). Porém, a espera por leitos especializados pode prejudicar ainda mais o desfecho desse acometimento.

Estudo epidemiológico de avaliação de serviços, realizado no Hospital das Clínicas de Botucatu, teve como objetivo avaliar o resultado da assistência prestada em relação aos pacientes portadores de AVC, antes e após a implantação da Unidade de AVC, por meio de indicadores. Os indicadores demonstraram redução da taxa de mortalidade e do grau de incapacidade dos pacientes na Unidade de AVC após a implantação da Unidade especializada, indicando que essa agregou benefícios aos pacientes (BAPTISTA, 2014).

Quanto ao tipo de AVC, 62% foram acometidas por AVCi, 30,6% por AVCh e 7,4% por TVC. Estudo realizado em Rondônia obteve resultados semelhantes na distribuição dos tipos de AVC, 63% apresentavam lesão isquêmica e 32,9% lesão cerebral hemorrágica (OLIVEIRA *et al*, 2016). Já a TVC é uma situação relativamente rara, com uma incidência anual estimada de três a quatro casos por milhão de habitante na população em geral, sendo que 75% dos doentes adultos são mulheres. São exemplos de fatores causais estados pró-trombóticos adquiridos como a gravidez e puerpério, infecções como otite, doenças inflamatórias (ex.: lúpus eritematosos sistêmico) e doenças hematológicas (FERREIRA *et al*, 2011).

A idade variou de 18 a 49 anos, sendo a faixa etária de 40 a 49 anos a que agrupou maior quantidade de mulheres. Em pacientes adultos jovens, o AVC é um acometimento raro, mas não excepcional. Análise realizada por Lopes *et al* (2016) revelam maior taxa de hospitalizações nas faixas etárias mais velhas, principalmente a partir da quarta década de vida (40 a 49 anos), com uma tendência de duplicação da ocorrência de hospitalizações por AVC a cada década.

De acordo com Amorim (2012) na faixa etária mais jovem há uma maior diversidade de etiologias para a doença cerebrovascular, assim como um alto índice de AVC de causa indeterminada. O presente estudo evidenciou que cerca de 45,9% dos pacientes tiveram a etiologia do AVCi definida como de causa indeterminada. Houve maior prevalência da etiologia indeterminada nos pacientes jovens (63,7%) comparado aos de faixa etária mais avançada (36%). Dessa forma, torna-se fundamental a realização de estudos exaustivos para a melhor caracterização de fatores de risco em busca de causas que possam sugerir novos conhecimentos acerca da fisiopatogenia do AVC.

As mulheres do estudo, em sua maioria, apresentavam união estável e 47,7% eram ativas economicamente. As DCVs são as principais causas de morte em homens e mulheres nas cinco regiões do Brasil. No entanto, ao contrário dos homens, a maioria das mulheres sobrevive ao AVC e as sequelas resultantes incidem sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida, ocasionando grande repercussão nos sistemas de saúde, nas relações familiares e na seguridade social (MANSUR; FAVARATO, 2016). Dessa forma, o apoio do companheiro se faz necessário após o acometimento, mas ressalta-se que a renda familiar tende a diminuir, pois as mulheres contribuem cada vez mais na renda. Indicadores apontados na retrospectiva pública pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciou que o nível da ocupação das mulheres teve aumento em 2015 em relação a 2003: 0,1 ponto percentual (homens) e 3,8 pontos percentuais (mulheres) (IBGE, 2016).

A maior parte das mulheres (37,6%) avaliadas tinha renda de até dois salários mínimos, corroborando com estudos da OMS que enfatizam que estamos diante de uma epidemia do AVC, sobretudo em países de baixa e média renda (BARBOSA FILHO *et al*, 2015). O menor acesso da população a um sistema de saúde mais adequado e aspectos socioeconômicos e culturais podem justificar essas tendências, tendo em vista que fatores de risco poderiam ser investigados precocemente e tratados quando necessários.

O AVC não é apenas uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, mas também afeta desproporcionalmente as mulheres. Atualmente, existem mais de 500 mil mulheres sobreviventes de acidentes vasculares cerebrais nos Estados Unidos do que os homens. O AVC caiu para a quinta principal causa de morte nos homens, mas continua a ser o terceiro nas mulheres. As mulheres também têm uma maior prevalência ao longo da vida de muitos fatores comuns de risco de AVC, incluindo hipertensão e fibrilação atrial, bem como obesidade abdominal e síndrome metabólica. São as sobreviventes mais propensas a ter incapacidades e viver sozinhas após AVC (SPYCHALA; HONARPISHEH; MCCULLOUGH, 2017).

Os principais fatores de risco identificados nas mulheres entrevistadas foram sedentarismo (79,4%), enxaqueca (58,7%), o excesso de peso (47,7%), estresse (44%) e a HAS (40,4%). O sedentarismo foi o fator de maior impacto, quando quase $\frac{3}{4}$ das mulheres não praticava nenhum tipo de atividade física.

Estudo realizado com adultos jovens acerca dos fatores de risco para DCV identificou, de forma similar, que 65% relataram não exercer atividade física. Além de demonstrar altos níveis de sedentarismo em jovens, observou também uma maior prevalência de inatividade física em indivíduos do sexo feminino. De acordo com esses autores, a maioria dos homens associa a prática de atividade física ao prazer, enquanto as mulheres praticam atividade física por questões de saúde, por orientação médica e estética (LEITE *et al.*, 2015).

Estudo realizado na Espanha com adultos jovens apresentou ligeira predominância de mulheres. Nesta faixa etária, o espectro etiológico é muito amplo, por isso sua abordagem requer extenso estudo. Torna-se relevante destacar a enxaqueca, que nos últimos anos tem relação com fenômenos isquêmicos, em particular com AVC, principalmente na presença de outros fatores, tais como o tabagismo ou o consumo de contraceptivos orais (PEÑA-IRÑN *et al.*, 2016).

O excesso de peso identificado no estudo corresponde a 33,9% das mulheres com sobrepeso e 13,8% com obesidade. A gordura corporal acima dos valores aceitáveis de referência representa maiores riscos para doenças crônicas não transmissíveis como cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão, dislipidemias, diabetes e aterosclerose. Adicionalmente, o excesso de peso, estado nutricional e o sedentarismo são alguns dos fatores que atuam nas dislipidemias, sobretudo a hipercolesterolemia, sendo o colesterol o principal material lipídico presente no ateroma (CAMPOS *et al.*, 2015).

Das mulheres entrevistadas, 44% afirmaram ter tido algum evento estressante no dia do acometimento ou até uma semana antes do ocorrido. A associação de estressores psicossociais com doenças cardiovasculares em mulheres foi avaliada por Kershaw *et al.* (2014), obtendo associações de eventos estressantes da vida com AVCi e AVCh, mas a tensão social só foi associada com AVC isquêmico, independente de fatores sociodemográficos.

Para Kuster (2012), os fatores de risco que mais se relacionam ao AVC correspondem a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e fibrilação atrial, os quais são modificáveis por ações de prevenção primária em saúde, como mudanças no estilo de vida e adesão medicamentosa.

Das mulheres hipertensas do estudo, 56,8% declararam fazer tratamento adequado. Tendo em vista seu caráter progressivo, a HAS é considerada hoje uma das

principais preocupações das autoridades de saúde, ao ser considerada como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular. Os dados obtidos por Silva, Oliveira e Pierin (2016) mostraram frequência de diagnóstico de hipertensão arterial um pouco mais elevada em mulheres (23,6%) que nos homens (21,5%). No entanto, as mulheres apresentaram valores da pressão arterial mais controlados que os homens. Tal resultado pode ser decorrente delas possuírem uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e, dessa forma, não somente procuram mais os serviços de saúde, bem como tendem a seguir os tratamentos propostos. Portanto, a variável gênero merece uma atenção especial no contexto da hipertensão.

Nos países mais desenvolvidos, o controle dos fatores de risco foi responsável por pelo menos 50% da redução da mortalidade por DCV. De forma semelhante, relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostrou melhor desempenho das regiões Sudeste e Sul no diagnóstico e tratamento dos principais fatores de risco para as DCV, como maior consumo de frutas e verduras, atividade física regular, maior proporção de adultos com medida da pressão arterial e maior uso de medicação anti-hipertensiva (IBGE, 2013). Dessa forma, observa-se que o impacto positivo do controle dos fatores de risco é possível na redução dos números de casos de AVC.

Parte das mulheres (20,2%) referiu ter hábitos de consumir álcool, com 55,5% apresentando consumo de risco (8-40 pontos na escala de AUDIT). Quanto ao tabagismo, 22% delas declararam ser fumantes, 41,6% com grau de dependência de médio a muito elevado ao serem avaliadas pela escala de *Fagerstrom*. Análise mundial recente corrobora com o número elevado de casos de AVC atribuíveis a causas potencialmente modificáveis. História prévia de hipertensão, atividade física irregular, qualidade insuficiente da dieta, fatores psicossociais, fumantes e alto consumo de álcool são fatores destacados no estudo (FEIGIN; KRISHNAMURTHI, 2016).

De acordo com a avaliação feita pelo IBM, as categorias dependência total, severa e moderada, de maior impacto para a vida dessas mulheres jovens, somou 74 (67,9%) na fase aguda, tendo menor impacto após três meses, ao ser evidenciado que apenas 28 (25,6%) se mantiveram nessas categorias.

De forma semelhante, pesquisa realizada em São Paulo com 32 pacientes acometidos por AVC avaliados na alta hospitalar e três meses após a alta com o IBM e a escala STREAM (*Stroke Rehabilitation Assessment of Movement*), evidenciou aumento significativo nos resultados de IBM e STREAM após os três meses de alta hospitalar, com

pequena diferença no IBM das pessoas acometidas por hemiparesia/hemiplegia esquerda em comparação ao dimídio direito (FERNANDES; SANTOS, 2010).

O IBM também foi utilizado em uma unidade hospitalar de Bragança no momento da admissão e na alta hospitalar para avaliar o nível de independência do sujeito relativamente à realização de dez AVD básicas, de forma a quantificar a alteração funcional após reabilitação no hospital. No final do internamento, em relação às AVDs, todos os participantes obtiveram melhorias significativas no desempenho de todas elas. O grau de dependência dos participantes reduziu significativamente no final do internamento, pois 62,3% dos 162 participantes seriam independentes na satisfação das suas AVD. Portanto, a utilização de escalas para avaliação da evolução clínica do indivíduo permite uma abordagem sistemática dos doentes que frequentam os programas de reabilitação (VEIGA, 2015).

Quanto à associação de BARTHEL com os dados sociodemográficos, percebeu-se associação entre maiores graus de dependência e procedência, renda e raça. Entre as 54 (49,5%) mulheres da capital não houve grande diferença na fase aguda entre os graus de dependência. 50 (45,9%) eram do interior do estado de Ceará e na fase aguda do AVC foi mais impactante a dependência severa e moderada para as AVDs (73,5%) com $p: 0,032$. Esse fato pode ser devido às mulheres do interior do estado terem levado mais tempo para chegar ao hospital, o que aumenta a área de isquemia afetada e, conseqüentemente, os déficits neurológicos.

A evidência científica demonstra que a implementação de um sistema de emergência médica pré-hospitalar atento aos sinais e sintomas do AVC agudo, bem como às necessidades específicas do seu tratamento emergente, consegue orientar os doentes para as unidades de saúde com capacidade para tratamento integral, reduz o tempo porta-agulha e aumenta o número de doentes com acesso à trombólise endovenosa desobstrutiva. Com esta abordagem, consegue-se melhorar o prognóstico e reduzir a mortalidade. Os dados corroboram que um aumento progressivo de doentes com acesso a esta terapêutica específica, em tempo hábil, diminui as sequelas enfrentadas (OLIVEIRA *et al*, 2014).

O tempo é crucial quando se fala em AVC. A redução de 15 minutos no tempo de início do tratamento está associada com redução em 4% no risco de morte e hemorragia intracraniana e aumento em 3% na probabilidade de evolução funcional favorável, com deambulação sem ajuda na alta hospitalar (SAVER, 2013).

Apesar do estudo não ter evidenciado associação da escolaridade com o grau de dependência para as AVDs, Veronesi *et al* (2010) evidenciaram diferenças consideráveis. Nos homens, o baixo nível de escolaridade foi associado com maior IMC e prevalência de diabetes

e tabagismo. Mulheres com menos escolaridade apresentaram maior pressão arterial sistólica, elevado IMC, maiores taxas de colesterol HDL e foram mais propensas a ter diabetes. Homens e mulheres na classe de baixa educação tiveram um aumento de duas vezes no AVC isquêmico.

A maioria das mulheres recebia até 1 salário mínimo (37,6%) e apresentou em maior número dependência total a moderada na fase aguda ($p=0,043$). Outro dado relevante é que após três meses, as mulheres que estavam mais independentes para as AVDs obtinham salários melhores, 58,6% referiram ter entre 2,1 e 8 salários mínimos.

A baixa renda foi avaliada por pesquisadores no Canadá, que obteve influência proporcional com a mortalidade por AVC, mas não houve gradiente significativo entre os grupos de renda para gravidade do AVC. A conclusão do estudo foi que as taxas de sobrevivência de um ano após um AVC são maiores para as pessoas mais ricas em comparação com as áreas menos ricas (KAPRAL *et al*, 2012).

No Brasil, as taxas de mortalidade por AVC e o PIB per capita foram agrupados para o período de 2002 a 2009 a partir de bases de dados públicas disponíveis, a fim de investigar se a desigualdade de renda está associada à mortalidade por AVC. Obteve-se que desigualdade de renda foi associada independentemente às taxas de mortalidade por AVC, mesmo após o controle do PIB per capita e outras covariáveis (VINCENS; STAFSTROM, 2015).

Na fase aguda, 36,5% das mulheres que trabalhavam fora do lar apresentaram dependência severa para as AVDs, mesmo sem significância estatística ($p: 0,592$). A presença de uma relação estável com companheiro não evidenciou associação estatística significativa na fase aguda ou após três meses para realização das atividades diárias.

A associação dos fatores de risco não modificáveis com a capacidade para realização das AVDs exibiu que 93,3% das mulheres que possuíam doença cardíaca apresentaram dependência severa a moderada para as AVDs, na fase aguda, com associação estatística. Ademais, 60,4% das hipertensas manifestaram dependência severa e moderada na fase aguda, ao passo que, após três meses, esse percentual era de apenas 25,6%.

Um total de 2.034 pacientes foram avaliados em seis países da Europa, utilizando Índice de Barthel Modificado, três meses após o primeiro AVC, com 52% do sexo feminino. Mais de 40% dos pacientes tiveram um desfecho como morte, incapacitados ou institucionalizados devido ao AVC. Os fatores idade, estilo de vida antes do AVC, diabetes mellitus, hipertensão arterial, fibrilação atrial, subtipos de AVC e gravidade inicial do AVC

foram identificados como preditores de desfecho precário entre os acometidos (HEUSCHMANN, 2011).

Quanto aos fatores de risco modificáveis, percebeu-se associação estatística do grau de dependência com atividade física e alcoolismo, na avaliação três meses após o acometimento. A independência foi maior relatada em mulheres ativas fisicamente e não alcoolistas.

Estudo realizado com mulheres que consumiam bebida alcoólica discutiu que o álcool pode influenciar o risco de AVC dependendo do nível de consumo. Por ser antitrombótico, leva a diminuição da agregação plaquetária, formação de coágulos e aumento da fibrinólise, diminuindo o risco de isquemia ao aumentar o risco de AVC hemorrágico. Já níveis mais elevados de consumo de álcool podem aumentar o risco de lesão isquêmica e hemorrágica. O modesto consumo de álcool não foi associado a um risco elevado de AVC e o consumo moderado de álcool foi associado a um risco baixo de AVC (JIMENEZ *et al*, 2012).

Outro estudo acrescenta dados do impacto do álcool no AVC, concluindo que há efeito diferencial do consumo, tanto no tipo quanto nas consequências do AVC. Claramente, para reduzir o risco de AVC, quaisquer consumos pesados de álcool devem ser evitados. Com relação ao consumo de até três bebidas, os resultados são mistos, consumo moderado parece ser protetor para a isquemia, mas ligeiramente prejudicial para o evento hemorrágico. No entanto, salienta-se que há implicações para a saúde global do indivíduo, repercutindo negativamente na recuperação do doente. Outro ponto destacado é que o número de AVC atribuível ao álcool continuará a aumentar globalmente se não for realizado um esforço para as medidas eficazes de controle do álcool (PATRA *et al*, 2010).

Quanto ao uso atual de anticoncepcional hormonal, na fase aguda, a independência foi mais presente em usuárias, enquanto que as dependências total a severa estiveram mais presentes em não usuárias, com associação estatística, contrariando os achados da literatura. Porém, importante destacar que investigou-se o uso atual independente do tempo.

No Brasil, grande parte das mulheres da faixa etária entre 15 e 49 anos é usuária de contraceptivo hormonal oral (CHO). A discussão atual é que a escolha do CHO ideal para uma mulher envolve diversos fatores, entre eles as necessidades e condições de saúde da paciente, os efeitos colaterais e as contraindicações do contraceptivo. Estes podem apresentar efeitos como, aumento na pressão arterial, tromboembolismo, diabetes mellitus, eventos cardiovasculares e alterações na libido (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013, BORGES; TAMAZATO; FERREIRA, 2015).

Estudo recente realizado em Santa Catarina identificou que, das participantes que usam CHO, apenas 22,8% receberam algum tipo de informação no momento da compra do medicamento, sendo a orientação mais prevalente relatada, em 84,8% dos casos, sobre a forma de uso do CHO, e não sobre os riscos de acometimento neurológicos e suas consequências (STECKERT; FIGUEREDO; ALANO, 2016). Aragão *et al* (2011) acrescentam que 47,9% selecionaram por conta própria o CHO e apenas 39,9% das mulheres tiveram indicação médica para a escolha do método contraceptivo, dentre todos os disponíveis.

Como referido anteriormente, 64% das mulheres relataram sofrer de enxaqueca. Associando ao dilema do uso do CHO, estudos salientam que, quando a mulher sofre de enxaqueca, ela tem propensão a desenvolver AVCi. O contraceptivo hormonal pode modificar e desencadear crises de enxaqueca, além de conferir risco de desenvolvimento de eventos tromboembólicos e quando utilizado por mulheres que apresentam enxaqueca, o risco de levar a um AVC pode aumentar (SILVEIRA *et al*, 2014).

Os estudos identificados relacionando adultos jovens, níveis de dependência e fatores de risco são escassos. Os estudiosos têm se preocupados com os fatores de risco e a incidência da doença, como Leite *et al* (2015), que identificaram, dos fatores de risco analisados, que os maus hábitos alimentares e o sedentarismo foram os mais prevalentes. Em relação às dosagens bioquímicas, 49% possuíam dislipidemias, sendo 13% destes do tipo hipertrigliceridemia isolada e 31% do tipo HDL baixo. Os resultados alertam para a adoção de medidas preventivas na população estudada, reduzindo-se assim as chances de desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Quanto à avaliação dos déficits neurológicos e atividades de vida, percebeu-se que houve associação entre a presença de déficits motor e de fala com a dependência total a severa. O AVC é uma doença cerebrovascular causada pela interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, resultando em morte rápida dos neurônios e, conseqüentemente, uma gama de problemas neurológicos, incluindo perda de função sensorial ou motora, paralisia, depressão, demência, epilepsia e até morte. As mulheres apresentam, em comparação aos homens, mais incapacidade e institucionalização relacionadas aos déficits pelo AVC (SOHRABJI; PARK; MAHNKE, 2017).

Sampaio e Moreira (2016) confirmam o comprometimento motor, as alterações de fala e linguagem como sequelas importantes do AVC e produzem enorme impacto na qualidade de vida do indivíduo. Dentre elas, pode-se citar a hemiplegia, paraplegia e paresias, relacionadas ao aspecto motor, e as afasias, relacionadas aos distúrbios comunicativos. A

afasia é uma alteração de linguagem adquirida como resultado de lesão cerebral focal no hemisfério dominante para a linguagem, que acomete o funcionamento social e comunicativo, além da qualidade de vida do indivíduo. O estudo realizado em ambiente hospitalar entre os pacientes que sofreram AVC identificou a prevalência dos distúrbios comunicativos em 64% das tarefas executadas pelos pacientes.

O sistema sensorial está relacionado ao acometimento motor e também é importante para prevenir lesões, por exemplo, identificar quando um objeto apresenta temperatura elevada. A habilidade para desempenhar ações motoras é fortemente correlacionada com a habilidade de discriminar sensações de dor, temperatura, pressão e vibração, assim como a capacidade em localizar partes do corpo no espaço (propriocepção). Dessa forma, as incapacidades apresentadas por pacientes pós-AVC podem estar relacionadas às áreas motoras, cognitivas ou sensoriais, as quais repercutem em dependência ao realizar as AVD, mas quando há presença de um déficit sensorial, esse pode influenciar na capacidade motora e conseqüentemente no desempenho ocupacional do indivíduo (TOYODA, 2012).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul com adultos, sendo a maior parte constituída por mulheres, identificou as sequelas dos pacientes com AVCs, destacando o déficit motor em 156 (89,1%) casos, seguido da hemiparesia e dificuldade na deambulação em 149 (85,1%) casos, incontinência urinária em 89 (50,8%) casos, confusão mental em 87 (49,8%) casos disartria em 73 (41,8%) casos epilepsia em 53 (30,2%) casos e ataxia em 12 (6,9%) casos. É importante salientar que a maioria dos pacientes apresentou mais de uma sequela (ROSA; MORAIS; TREVISAN, 2015).

Buide (2012) usou o IBM no período da internação e seis meses após tratamento de reabilitação. Inicialmente, a amostra registrou 9% com pacientes totalmente dependentes, 23% com dependência grave, 21% com dependência moderada e 47% com dependência leve. O déficit motor e de sensibilidade impactou mais nas atividades de alimentação (54% com dependência moderada), vestir-se (50% com dependência moderada), transferência (41% dependentes) e deambulação (49%).

Em São Paulo, pesquisa relacionando as atividades de vida diária no pós-AVC, chamou a atenção para uma amostra relativamente jovem e maior número de indivíduos do sexo feminino. No entanto, na avaliação pelo IBM, a sensibilidade apresentou correlação com maior nível de independência. De fato, os déficits sensoriais podem afetar as habilidades manuais, a destreza, a segurança ao realizar as AVD, como por exemplo, ao cortar os alimentos ou cozinhá-los, pois é por meio da sensibilidade que os indivíduos recebem as informações necessárias para planejar o modo de realização dessas atividades. Indivíduos com

disfunção tátil e proprioceptiva podem não sentir o contato com objetos, a posição e o movimento das articulações, o que resulta em dificuldades no desempenho das AVD mais simples (CRUZ *et al*, 2015).

Na França, entre os sobreviventes, após um mês, 25% têm uma deficiência leve a moderada e 34% não podem andar sem ajuda. O estudo relata que as sequelas se relacionam às dificuldades de condicionamento físico. Para lutar contra este descondicionalamento, recomenda-se iniciar o mais rapidamente possível a prática de atividade física (KAMMOUN *et al*, 2015).

Ao associar os tipos de AVC com o IBM, constatou-se que a dependência total (15,2%) e severa (39,4%) teve maior repercussão no AVCh em fase aguda ($p=0,021$).

Adjien *et al* (2016) obtiveram perfil funcional por meio da escala Rankin e índice de Barthel. A frequência de incapacidade entre os pacientes com AVC foi de 69%, incluindo 14,3% incapacidade grave. Como no presente estudo, esta incapacidade funcional diminuiu ao longo do tempo, no entanto, foi muito melhor em casos de acidente vascular cerebral hemorrágico.

Na fase aguda, ao associar *NIHSS* com *BARTHEL*, obteve-se que 69,2% das mulheres que foram acometidas por AVC grave e 71,4% das que foram avaliadas com AVC moderado apresentaram dependência severa para as AVDs ($p: 0,000$). Após três meses, 76,4% das que apresentaram AVC leve foram classificadas como independentes para AVDs e 46,4% das que apresentaram AVC moderado apresentavam ligeira dependência para as AVDs ($p: 0,000$). A capacidade funcional das mulheres acometidas por AVC evidenciou que 64,3% das mulheres que apresentaram comprometimento funcional moderado a grave e 52% das que apresentavam deficiência leve eram dependentes severas para as AVDs na fase aguda. ($p: 0,000$). Pode-se observar a relação diretamente proporcional entre as três escalas, no entanto, chama a atenção que 52% das mulheres classificadas com deficiência leve pela escala de *RANKIN* apresentou dependência severa para as AVDs.

Silva (2013) também utilizou as três escalas para 533 pessoas com diagnóstico de AVC isquêmico, com o intuito de proceder à análise estatística. Com significância estatística, verificou-se que o gênero masculino, por oposição ao feminino, foi avaliado como apresentando uma menor dificuldade para a realização de atividades de vida diária, e por conseguinte, o gênero feminino é aquele que apresenta maior dependência de assistência de terceiros. Em suma, pode-se concluir que as mulheres e principalmente aquelas com mais idade, são o grupo populacional em pior estado funcional pós-AVC.

Pacientes tratados por trombólise na fase aguda do acometimento foram avaliados após três meses por meio das escalas de *NIHSS* e Rankin. O objetivo era comparar indivíduos com janela terapêutica de até três horas e entre três e quatro horas e meia, sendo obtidos bons resultados funcionais para ambos os grupos, devendo ser estimulados o tratamento o mais precocemente possível, mas pacientes que chegam ao hospital tardiamente podem receber o benefício do tratamento (ALMEIDA, 2014).

Outro estudo foca na importância do uso de escalas de avaliação para o planejamento da equipe e reabilitação realizar suas intervenções. As escalas citadas foram Barthel e FIM para medir um conjunto de parâmetros para a independência, incluindo a mobilidade, autocuidado e continência e avaliar a progressão na reabilitação; e *NIHSS* com o intuito de avaliar a gravidade, o prognóstico e fazer uma previsão da probabilidade de recuperação do doente após o AVC e com isso determinar o nível de prestação de cuidados e intervenções necessárias (SILVA, 2010).

Nesse sentido, pôde-se observar, a partir da análise a desempenho das atividades de vida diária em mulheres em idade fértil com AVC, como seria positivo o controle dos fatores de risco para redução dos números de casos de AVC como para o restabelecimento da realização das AVDs dessas mulheres.

7 CONCLUSÃO

Conforme observado neste estudo, das mulheres entrevistadas, 74 (67,9%) apresentavam união estável, 41 (37,6%) tinha renda de até um salário mínimo e 56 (51,3%) não eram ativas economicamente.

Os principais fatores de risco identificados para o déficit neurológico agudo dessas mulheres foram o sedentarismo 85 (79,4%), enxaqueca 64 (58,7%), o excesso de peso 52 (47,7%), estresse 48 (44%), a HAS 44 (40,4%). O déficit motor foi o acometimento mais presente nas avaliações 66 (60,6%), seguido das alterações na fala 60 (55%).

O IBM, um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica, foi associado aos déficits neurológicos. 21 (41,5%) mulheres que apresentaram déficit motor na fase aguda exibiram dependência severa para as AVDs com $p: 0,105$. Após três meses, já em suas residências, as que manifestaram déficit motor apresentaram dependência moderada (34,1%) e ligeira dependência (36,4%) para as atividades no dia a dia com $p: 0,000$. Já as alterações na fala, deficiência de bastante impacto, na fase aguda esteve relacionado, na maioria, ao grau de dependência severa (34,6%) e, após três meses, associado à dependência moderada para as AVDs (52,6%).

Ao associar IBM e os tipos de AVC, constatou-se que a dependência total (15,2%) e severa (39,4%) teve maior repercussão no AVCh em fase aguda.

A realização de atividade física foi fator marcante tanto na fase aguda como após três meses do AVC. 36,4 % das mulheres jovens que realizavam atividade física eram independentes para realização das AVDs na fase inicial do AVC e 71,4 %, após os três meses. ($p:0,030$).

Na fase aguda do AVC, as que tinham hábitos de consumir bebida alcoólica e fumar exibiram, a maior parte, dependência severa e moderada, respectivamente, para a realização das AVDs. Ao passo que, após três meses, 31,6% das mulheres alcoolistas apresentaram dependência moderada para a realização de AVDs ($p:0,017$).

Ao associar *NIHSS* com *BARTHEL*, obteve-se que 69,2% das mulheres que foram acometidas por AVC grave (maior que 14 pontos) e 71,4% das que foram avaliadas com AVC moderado (6 a 13 pontos) apresentaram dependência severa para a AVDs ($p: 0,000$), na fase aguda. Após três meses, 76,4% das que apresentaram AVC leve foram classificadas como independentes para AVDs e 46,4% das que apresentaram AVC moderado apresentavam ligeira dependência para as AVDs ($p: 0,000$).

A capacidade funcional das mulheres acometidas por AVC foi avaliada por meio da escala de RANKIN, obtendo que 64,3% das mulheres que apresentaram comprometimento funcional moderado a grave e 52% das que apresentavam deficiência leve eram dependentes severas para as AVDs na fase aguda. (p: 0,000).

O estudo das doenças cerebrovasculares em pacientes adultos jovens e sua prevenção são fundamentais, não só considerando o aumento crescente em sua ocorrência e o impacto individual nessa população, mas também levando em conta as repercussões socioeconômicas causadas pelo alto índice de morbimortalidade nesta população economicamente ativa. As mulheres em idade fértil, que englobam esse grupo, são pouco abrangidas na literatura, e, pelas suas peculiaridades no que concerne sua importância na família, em plena idade reprodutiva e produtiva, devem ser algo de pesquisas futuras.

Acredita-se que a divulgação deste conhecimento pode constituir subsídios para a prática de enfermagem, no direcionamento para elaborações de intervenções direcionadas as mulheres em idade fértil, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida destas.

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, J. Chronic diseases, locomotor activity limitation and social participation in older women: cross sectional survey of British Women's Heart and Health Study. **Age And Ageing**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.293-298, 1 maio 2004. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh090>.
- ADJIEN, K. C. et al. Morbimortalité des AVC au CNHU de Cotonou. **Revue Neurologique**, [s.l.], v. 172, p.165-166, abr. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2016.01.394>.
- ALMEIDA, A. G. de. **Avaliação dos benefícios e segurança da trombólise endovenosa para os pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo tratados até 3 horas e entre 3 e 4,5 horas**. 2014. 98 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2014.
- ALVES, A. M. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). Século XXI, **Revista de Ciências Sociais**, v.4, no 2, p.180-216, jul. /dez. 2014.
- AMORIM, Daniele Meneses de. **Características Clínicas e Fatores de Riscos em Pacientes Jovens com Acidente Vascular Cerebral**. 2012. 40 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia (fmb) da Universidade Federal da Bahia (ufba), Bahia, 2012.
- ANDRADE, B.D.; SILVA, A.C.P.; SANTOS, M.T.M.; CAMPOS, T.; LUQUETTI, S.C.P.D.; CANDIO, A.P.C. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 25, n. 3, p. 344-352, 2015.
- ANDRE, C. Stroke treatment: metrics and processes. **Acute Stroke**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v73n6/0004-282X-anp-73-6-0474.pdf>. Acesso em 30 jan 2016.
- ANDRE, C. **Manual de AVC: Epidemiologia e Fatores de Risco**, 2006.
- ARAGÃO, J.C.S.; LOPES, C.S.; BASTOS, F.I. Comportamento sexual de estudantes de um curso de medicina do Rio de Janeiro. **Rev Bras Educ Méd.** v. 35, n.3. p. 334340, 2011.
- ARAÚJO, J.S.; SILVA, S.E.D.; SANTANA, M.E.; CONCEIÇÃO, V.M.; VASCONCELOS, E.V. O perfil representacional dos cuidadores acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n.3, p. 852-864, 2012.
- BAIDYA, O.P.; TIWARI, S.; USMAN, K. Acute ischemic stroke in young adults-a hospital based study in North India. **International Journal of Biomedical Research.**, v. 6, n. 02, p. 113-117, 2015.

BAPTISTA, S. C.P.D. **Qualidade da atenção ao usuário acometido por AVC, antes e após a implantação de uma unidade de AVC.** 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2014.

BARBOSA FILHO, David José et al. Recuperação após acidente vascular cerebral submetido á fisioterapia alternativa. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 2, n. 6, p.1-3, 24 fev. 2015.

BARROS, S.L.A; PASSOS, N.R.S.; NUNES, M.A.S.N. Estudo inicial sobre acidente vascular cerebral e serious games para aplicação no projeto “AVC” do núcleo de tecnologia assistida da UFS. **Revista GEINTEC**, São Cristovão, v. 3, n.1, p. 121-143, 2012.

BATH, P.M.W.; GRAY, L.J. Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis. **Bmj**, [s.l.], v. 330, n. 7487, p.342-345, 12 fev. 2005. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38331.655347.8f>.

BEAL, C. C. Stroke Education Needs of African American Women. **Public Health Nursing**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.24-33, 25 set. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12158>.

BELL, C. L. et al. Factors Associated with Nursing Home Admission after Stroke in Older Women. **Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases**, [s.l.], v. 24, n. 10, p.2329-2337, out. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.06.013>.

BELL, C. L. et al. Prestroke Factors Associated with Poststroke Mortality and Recovery in Older Women in the Women's Health Initiative. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 61, n. 8, p.1324-1330, 19 jul. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12361>.

BENSENOR, I. M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arq. Neuro-psiquiatr.**, [s.l.], v. 73, n. 9, p.746-750, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20150115>.

BORGES, T. F.C.; TAMAZATO, A. P. da S.; FERREIRA, M.S. C. Terapia com Hormônios Sexuais Femininos e Fenômenos Tromboembólicos: uma Revisão de Literatura. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 5, n. 2, p.1-11, jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC.** Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução** Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. 2016. Disponível em

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva2003_2015.pdf

BROWN, H. W. et al. Accidental bowel leakage in the mature women's health study: prevalence and predictors. **International Journal Of Clinical Practice**, [s.l.], v. 66, n. 11, p.1101-1108, 16 out. 2012. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12018>.

BUIDE, M.A. **Grado de eficacia del tratamiento kinesico frente a las avd en pacientes con hemiplejia post ACV**. 2012. 80 f. TCC (Graduação) - Curso de Kinesiologia, Universidade Fasta, Bahia Blanca, 2012.

BUSHNELL, C. et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, [s.l.], v. 45, n. 5, p.1545-1588, 6 fev. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.0000442009.06663.48>.

BUCHAN, A. M.; BALAMI, J. S.; ARBA, F. Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento. In: SPENCE, J. D.; BARNETT, H. J. **M. Acidente Vascular Cerebral: prevenção, tratamento e reabilitação**. Nova York: Artmed, 2013. Cap. 1. p. 1-21.

BYLES, J. E. et al. Long-term Survival of Older Australian Women with a History of Stroke. **Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.53-60, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.07.040>.

CAMPOS, J. R. et al. O impacto do peso flutuante sobre fatores de risco cardiovascular em mulheres obesas. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 41, n. 3, p.143-148, dez. 2015.

CANEDA, M. A.G. et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**, Porto Alegre, v. 64, p.690-697, 2006.

CANUTO, M.A; NOGUEIRA, L.T. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, 2015.

CARDOSO, T.; FONSECA, T.; COSTA, M. Acidente Vascular Cerebral no adulto jovem. **Acta médica portuguesa**.v.16, 2003.

CINCURA, C.; PONTES-NETO, O.M.; MENDES, H.F.; MENEZES, D.F.; MARIANO, D.C.; PEREIRA, I.F. *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**. v.27, 2009.

COELHO, E.A.C.; ANDRADE, M.L.S.; VITORIANO, L.V.T.; SOUZA, J.J.; SILVA, D.O.; GUSMÃO, M.E.N. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(3):415-22.

COLLABORATIVE GROUP FOR THE STUDY OF STROKE IN YOUNG: **Oral contraception and increased risk of cerebral ischemia or thrombosis**. *N Engl J Med*, v. 2, 1975.

CORREIRA, L.L.; LINHARES, M.B.M. **Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 30, n. 2, p. 145-152, Abr-Jun 2014.

CRUZ, D. M. C. da et al. Correlação entre sensibilidade, função manual e independência em indivíduos pós-acidente vascular cerebral. **Revista Paraense de Medicina**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.23-29, mar. 2015.

CUNHA, G., MARTINS, M., SOUSA, R.& O, F. **Estatística Aplicada as ciências e Tecnologias da Saúde**. Lidel, 2007.

DAVIS, D.; GREGSON, J.; WILLEIT, P. STEPAN, B.; SALMAN, R.A.; BRAYNE, C. Patent Foramen Ovale, Ischemic Stroke and Migraine: Systematic Review and Stratified Meta-Analysis of Association Studies. **Neuroepidemiology**,v. 40, 2013.

DELLA PIETRA, G. L. et al. Validity and Reliability of the Barthel Index Administered by Telephone. **Stroke**, [s.l.], v. 42, n. 7, p.2077-2079, 28 abr. 2011. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.111.613521>.

DUNCAN, B.;SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

FEIGIN, V. L; KRISHNAMURTHI, R. Stroke is largely preventable across the globe: where to next? **The Lancet**, New Zealand, v. 388, p.733-734, ago. 2016.

FERNANDES, F.; SANTOS, F. Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos três primeiros meses após a alta hospitalar. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, n. 7, p.426-438, set. 2010.

FERREIRA, M. M. et al. Aspectos imagiológicos da trombose venosa cerebral numa Mulher Grávida. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 24, n. 1, p.193-198, 2011.

FERRI, C.P.; SCHOENBORN, C, K.L.; ACOSTA, D.; GUERRA, M.Y.; JACON, K.S.; RODRIGUEZ, J. J et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. **Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry**, 82: 1074-82, 2011.

FORTIN, M.F. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta, 2009. 618p.

GARRITANO, C.R.; LUZ, P.M.; PIRES, M.L.E.; BARBOSA, M.T.S.; BATISTA, K.M. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arq Bras Cardiol.**, v. 98, n.6, 2012.

GIRONDI, J.B.R.; SCHIMIDT, K. S.A.H.; TRISTÃO, F. R.; FERNANDEZ, D.L.R. O uso do índice de barthel modificado em idosos: contrapondo capacidade funcional, dependência funcional e fragilidade. **J. Health Biol Sci**. v. 2, n.4. 2014.

GO, A. S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update: A Report From the American Heart Association. **Aha: Circulation**, Estados Unidos da América, v. 1, n. 127, p.6-245, out. 2013.

GODWIN, K.M.; WASSERMAN, J.; OSTWALD, S.K. Cost associated with stroke: outpatient rehabilitative services and medication. **Topics in Stroke Rehabilitation**, 18(suppl 1):676–84, 2011.

GOLDSTEIN, L. B. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, [s.l.], v. 42, n. 2, p.517-584, 2 dez. 2011. Ovid Technologies (**Wolters Kluwer Health**). <http://dx.doi.org/10.1161/str.0b013e3181fcb238>.

GUIMARÃES, R.B.; GUIMARÃES, R.B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Rev. Bras. neurol**; v.40, n.3, p.5-13, jul.-set. 2004.

HEUSCHMANN, P.U. et al. Three-month stroke outcome: The European Registers of Stroke (EROS) Investigators. **Neurology**, London, v. 76, n. 1, p.159-165, jan. 2011.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). **Migraine classification**. Disponível em: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/02_teil1/01.02.01_migraine.html. Acesso em: em 07/01/2016.

JACKSON, C. A.; MISHRA, G. D. Depression and Risk of Stroke in Midaged Women: A Prospective Longitudinal Study. **Stroke**, [s.l.], v. 44, n. 6, p.1555-1560, 16 maio 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.113.001147>.

JIMENEZ, M. et al. Alcohol Consumption and Risk of Stroke in Women. **Stroke**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.939-945, 8 mar. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.111.639435>.

JOHANSSON, Ann et al. Activities of daily living among St Petersburg women after mild stroke. **Occup. Ther. Int.**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.170-182, 2007. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.232>.

KAPRAL, M.K. et al. Neighborhood income and stroke care and outcomes. **Neurology**, Toronto, v. 79, n. 1, p.1200-1027, set. 2012.

KERNAN, W. N. et al. Decline in Physical Performance Among Women With a Recent Transient Ischemic Attack or Ischemic Stroke: Opportunities for Functional Preservation A Report of The Women's Estrogen Stroke Trial. **Stroke**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.630-634, 27 jan. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.0000155728.42847.de>.

- KAMMOUN, B. et al. Profil des patients post-AVC volontaires à un programme d'éducation thérapeutique à l'activité physique : étude descriptive. **Science & Sports**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.221-227, set. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.scispo.2015.04.003>.
- KERSHAW, Kiarri N. et al. Associations of Stressful Life Events and Social Strain With Incident Cardiovascular Disease in the Women's Health Initiative. **Journal Of The American Heart Association**, Chicago, v. 687, n. 3, p.4-9, maio 2014.
- KURTH, T.; SLOMKE, M.A.; KASE, C.S.; COOK, N.R.; LEE, I.; GRAZIANO, J.M. Migraine, headache, and the risk of stroke in women: A prospective study. **Neurology**. v.5, n. 64, 2008.
- KUSTER, G.W.; BUENO, A. M.; CENDOROGLO, N. M.; SILVA, G.S. Determinants of emergency medical services use in a Brazilian population with acute ischemic Stroke. **J Stroke Cerobrovasc Dis**, v.22, n.3, p. 244-9, 2013..
- KVIGNE, K.; KIRKEVOLD, M. Living with Bodily Strangeness: Women's Experiences of their Changing and Unpredictable Body Following a Stroke. *Qualitative Health Research*, [s.l.], v. 13, n. 9, p.1291-1310, 1 nov. 2003. **SAGE Publications**. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732303257224>.
- LAMB, S.E. *et al.* Risk Factors for Falling in Home-Dwelling Older Women With Stroke: The Women's Health and Aging Study * Editorial Comment. *Stroke*, [s.l.], v. 34, n. 2, p.494-501, 16 jan. 2003. **Ovid Technologies** (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.0000053444.00582.b7>.
- LEITE, A. H. P. *et al.* Perfil lipídico em adultos jovens e fatores de risco associados a doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 2, p.15-20, abr. 2015.
- LIN, C. B. *et al.* Emergency Medical Service Hospital Prenotification Is Associated With Improved Evaluation and Treatment of Acute Ischemic Stroke. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, [s.l.], v. 5, n. 4, p.514-522, 1 jul. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/circoutcomes.112.965210>.
- LISABETH, L.; BUSHNELL, C. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. **Lancet Neurol**, Estados Unidos da América, v. 11, p.82-91, 2012.
- LOPES, J.M. et al. Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do Hiperdia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.122-134, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010011>.
- LOPEZ-ESPUELA, F. et al. Functional Status and Disability in Patients After Acute Stroke: A Longitudinal Study. *American Journal Of Critical Care*, [s.l.], v. 25, n. 2, p.144-151, 1 mar. 2016. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016215>.

LOTUFO, P.A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v.123, n.1. 2005.

MACHADO, A.A.; ALVES, F.A. Promoção da Saúde e Nutrição Infantil na Atenção Básica **REVISTA PRÁXIS** ano IV, n. 7, janeiro 2012.

MANSUR, A.de P.; FAVARATO, D. Mortality due to Cardiovascular Diseases in Women and Men in the Five Brazilian Regions, 1980-2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p.137-146, 2016. GN1 Genesis Network.
<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160102>.

MARIK P, PLANTE L: Venous Thromboembolic Disease and Pregnancy. **The N Engl J Med**; v.359, n.19, p. 2025-33, 2008.

MESCHIA, J.F. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. **Stroke**, [s.l.], v. 45, n. 12, p.3754-3832, 28 out. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1161/str.0000000000000046>.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v.17, n.4, p.758-64, out-dez, 2008.

MONTEIRO, M. D. C. **Associação entre as atividades instrumentais prévias e o desempenho funcional após acidente vascular cerebral.** 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

MORO, C.H.C.; FÁBIO, S.R.C.; LONGO, A.L.; MASSARO, A.R.; OLIVEIRA FILHO, J.; VEDOLIN, L.; FRIEDRICH, M.A.G.; *et al.* Programa de aperfeiçoamento continuado no tratamento do acidente vascular cerebral- Pacto AVC. 2. ed. **Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares**, 2009.

MOUTINHO, M; MAGALHÃES, R; CORREIRA, M; SILVA, C. Avaliação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e Prognóstico dos Utilizadores. **Acta Med Port.**, v. 26, n.2, 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE- NINDS. **Migraine.** Disponível em
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/migraine/migraine.htm>. Acessado em 07/01/2016.

NOLT, C. Charité University Berlin. European Gender Medicine (EUGENMED) Project. **Stroke**, 2015.

O'DONNELL, M.; XAVIER, D.; LIU, L.; ZHANG, H.; CHIN, S.L.; RAO-MELACINI, P. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries(the INTERSTROKE study): a case-control study. **The Lancet**, v.376, n. 9735, julho. 2010.

OLIVEIRA, I.G.A.; FREITAS, Y.M.F.; BARROS, D.R. As consequências da gravidez na adolescência: Avaliando o conhecimento das adolescentes de uma escola pública no município de Patos, Paraíba. **REBES** (Pombal - PB, Brasil), v. 4, n. 3, p. 1-5, jul.-set. 2014.

OLIVEIRA, B.M.S.; VIEIRA, E.M.M.; RAUSCH, R.A.V.Q.G.; FIGUEIREDO, A.L.R.; COUTINHO, G.V.P. Hábitos Alimentares Relacionados ao desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares em Adolescentes. **UNICIÊNCIAS**, v.19, n.1, p.55-61, 2015.

OLIVEIRA, J.G. et al. Perfil Clínico Epidemiológico e os Principais Rótulos Diagnósticos de Enfermagem aos Pacientes Internados com Acidente Vascular Cerebral em Um Hospital de Grande Porte na Região Sul da Amazônia Legal. **Amazônia Science & Health**, [s.l.], v. 4, n. 3, p.3-11, 30 set. 2016. Amazonia: Science and Health. <http://dx.doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v4n3p3-11>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental**, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**, 2011.

PEÑA-IRÑN, Á. et al. Ictus en una mujer joven afecta de migraña sin aura. **Semergen - Medicina de Familia**, [s.l.], v. 42, n. 6, p.94-95, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.08.003>.

PATRA, J.et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types - a systematic review and meta-analysis. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-12, 18 maio 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-258>.

PIMENTA, T.A.M.; ROCHA, R.; MARCONDES, N.A.V. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v.17, n. 2, p.139-46, 2015.

PINTO, H.A; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, v. 38, n. especial, p. 358-372, out.2014.

PIPE, A.L.; EISENBER, M.J.GUPTA, A.; REID, R.D.; SUSKIN, N.G.; STONE, J.A. Smokink cessation and the cardiovascular specialist: canadian cardiovascular society poistion paper. **Can J cardiol.**; v.27, n. 2, p. 132-137, 2011.

REIS, D.C.; ALMEIDA, T.A.C.; COLEHO, A.B.; MADEIRA, A.M.F.; PAULO, I.M.A.; ALVES, R.H. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v.15, n. 1, p. 47-56, abr. 2014.

RODRIGUES, E.S.R.; CASTRO, K.A.B.; REZENDE, A.A.B.; HERRERA, S.D.S.C.; PEREIRA, A.M.; TAKADA, J.A.P. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral cardiovascular. **Revista Amazônia**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, maio. 2013.

- RODRIGUES, S.; OLIVEIRA, M.; SILVA, P. Nurses' and stroke patients' perceptions of Health Education. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v., n. 6, p.87-95, 30 set. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14058>.
- ROSA, T.; MORAES, A.; TREVISAN, M. E. Clinical and demographic characteristics of hospitalized stroke patients. **Revista Neurociências**, [s.l.], v. 23, n. 03, p.405-412, 30 set. 2015. Revista Neurociências. <http://dx.doi.org/10.4181/rnc.2015.23.03.1086.08p>.
- SAMPAIO, G. R.; MOREIRA, E. Caracterização dos distúrbios comunicativos em indivíduos pós AVCI por meio da aplicação adaptada da bateria MAC. **Distúrbios Comun**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.452-461, set. 2016.
- SAVER, J.L.FONAROW, G.C.SMITH, E.E. et al. Time to treatment with intravenous tissue plasminogen activator and outcome from acute ischemic stroke. **JAMA**, v. 309, p. 2480-2488. 2013.
- SCHLEGEL, D.; KOLB, S.J.; LUCIANO, J.M.; TOVAR, J.M.; CUCCHIARA, B.L.; LIEBESKIND, D.S.; SCOTT E. KASNER. Utility of the NIH Stroke Scale as a Predictor of Hospital Disposition. **Stroke**, v.34, 134-137, 2003.
- SHAH, R.S.; COLE, J.W. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. **Expert Rev Cardiovasc.**, v. 8, n. 7, julho, 2010.
- SHAH, S; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke Rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology** , v. 42, n. 8, p. 703-709, 1989.
- SILVA, C. A. M. **Avaliação do estado funcional dos doentes admitidos num hospital regional com diagnóstico de AVC isquêmico**: Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. 2013. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde, Covilha, 2013.
- SILVA, Emanuel de Jesus Alves da. **Reabilitação após o AVC**. 2010. 37 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, 2010.
- SILVA, S.S.B. E. da; OLIVEIRA, S.de F. da S. B. de; PIERIN, A. Maria G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 1, p.50-58, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000100007>.
- SILVA, M.V.; MONTEIRO, C.F.S.; LANDIM, C.A.P.; MELO, T.M.T.C.; ROCHA, F.C.V. Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **R. Interd.** v. 7, n. 2, p. 156-164, abr. mai. jun. 2014.
- SILVEIRA, C.O. et al Contracepção em mulheres com condições clínicas especiais. Critérios médicos e elegibilidade. **Reprod Clim.** , v. 29, n.1, p. 13-20, 2014.
- SOARES-OLIVEIRA, M.; ARAÚJO, F. Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral: primeiros resultados. **Revista Portuguesa de**

Cardiologia, [s.l.], v. 33, n. 6, p.329-335, jun. 2014. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.11.004>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**. v.17, p.57-60. 2010.

SOHRABJI, F.; PARK, M. J.; MAHNKE, A. H. Sex differences in stroke therapies. **Journal Of Neuroscience Research**, [s.l.], v. 95, n. 1-2, p.681-691, 7 nov. 2016. Wiley-Blackwell.
<http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23855>.

SOUZA, A. L. et al. Unidade de cuidado integral ao acidente vascular cerebral agudo e evolução nutricional dos pacientes. **Rev Bras Nutr Clin**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p.98-102, abr. 2013.

SOUZA, M.A.S.; LOPES, N.A.R.; BORGES, F.V. A importância do enfermeiro da estratégia saúde da família para redução da morbimortalidade materna. **Revista Científica Interdisciplinar**. ISSN: 2358-8411, v. 1, n.1, artigo nº 4, julho/setembro 2014.

SPENCE, J. D.; BARNETT, H. J.M. **Acidente Vascular Cerebral**: prevenção, tratamento e reabilitação. Nova York: Artmed, 2013. 306 p.

SPYCHALA, M. S.; HONARPISHEH, P.; MCCULLOUGH, L.D. Sex differences in neuroinflammation and neuroprotection in ischemic stroke. **Journal Of Neuroscience Research**, [s.l.], v. 95, n. 1-2, p.462-471, 7 nov. 2016. Wiley-Blackwell.
<http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23962>.

STECKERT, A. P. P.; NUNES, S. F.; ALANO, G. M. CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS: UTILIZAÇÃO E FATORES DE RISCO EM UNIVERSITÁRIAS. **Arq. Catarin Med**, Tubarão, v. 45, n. 1, p.77-91, mar. 2016.

STONE, S. D. Reactions to invisible disability: The experiences of young women survivors of hemorrhagic stroke. **Disability And Rehabilitation**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.293-304, mar. 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280400008990>.

VESTERGAARD, K; ANDERSEN, G.;NIELSEN, M.I.; JENSEN, T.S. Headache in stroke. **Stroke**, Dallas, v. 24, p. 1621-1624, 2010.

TESTAI, F.D.; GORELICK, P.B.. Potencial para prevenção do acidente vascular cerebral. In: SPENCE, J. D.; BARNETT, H.J. M. **Acidente Vascular Cerebral**: prevenção, tratamento e reabilitação. São Paulo: Artmed, 2013. Cap. 2. p. 21-38.

TOYODA, C.Y. Perda da sensibilidade e reeducação sensorial. In: Cruz, DMC. - Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico: Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade. São Paulo: Santos, p.245- 259, 2012.

VEIGA, L. M.C. **Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2015.

VINCENS, N.; STAFSTRÖM, M. Income Inequality, Economic Growth and Stroke Mortality in Brazil: Longitudinal and Regional Analysis 2002-2009. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 9, p.1-12, 9 set. 2015. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0137332>.

YAMAMOTO, F.I. Acidente vascular cerebral isquêmico em adultos jovens: considerações etiológicas. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.70, n.6,2012.

World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015. 2014. Disponível em
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO_RHR_15.07_eng.pdf./Acessado em 06/01/2016.

_____. **Defining the problem of overweight and obesity**. In: World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a Who Consultation. Geneva; 2000.

WILSON, J.T.L.; HARENDRAN, A.; GRANT, M.; BAIRD, T.; SCHULZ, U.G.R.; MUIR, K.W.; BONE, I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use off a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. **Stroke**. v.33, p.2243-2246, 2002.

WU, X. et al. Sex differences in health-related quality of life among adult stroke patients in Northeastern China. **Journal Of Clinical Neuroscience**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.957-961, jun. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2013.08.030>.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Acidente Vascular Cerebral em mulheres em idade fértil.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Karízia Vilanova Andrade

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá avaliar o comprometimento de mulheres em idade fértil acometidas por AVC. Ao participar desta pesquisa você deverá responder algumas informações. A pesquisadora preencherá um formulário com seus dados pessoais, sócio demográficos e realizará exame físico breve para identificar alterações neurológicas ocasionadas pelo AVC, assim como verificará sua pressão arterial, peso e altura.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e avaliações sem nenhum prejuízo para você. O(s) procedimento(s) utilizado(s) no exame físico durará alguns minutos o corre o risco de deixá-la cansada. Além disso, a resposta à algumas perguntas poderá trazer algum desconforto. Na tentativa de amenizar esses riscos, a pesquisadora realizará sua avaliação de forma rápida deixando você à vontade para responder às questões, ofertando apoio e escuta. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido mostrar o risco que o uso de anticoncepcionais pode provocar na vida da mulher principalmente quando ela apresenta outros fatores de risco e utilizam esse método de forma errada.

Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de intervenção, você será orientado pela pesquisadora.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por exame física ou consulta ao prontuário serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e avaliações físicas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) formulários nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê **de Ética em Pesquisa:** Universidade Federal do Ceará/PROPESQ. **Endereço:** Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo - CEP 60.430-275 Fone: 3366-8344.

RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O **sujeito de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Nome do pesquisador responsável: Karízia Vilanova Andrade; Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE. Telefone para contato: (85) 988088628. Horário de atendimento: 8:00- 17:00

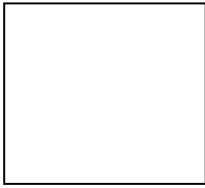
CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou representante legal

Assinatura do pesquisador



Impressão dactiloscópica

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO (adolescente)

TÍTULO DA PESQUISA: Acidente Vascular Cerebral em mulheres em idade fértil.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Karízia Vilanova Andrade

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá avaliar o comprometimento de mulheres em idade fértil acometidas por AVC. Ao participar desta pesquisa você deverá responder algumas informações. A pesquisadora preencherá um formulário com seus dados pessoais, sócio demográficos e realizará exame físico breve para identificar alterações neurológicas ocasionadas pelo AVC, assim como verificará sua pressão arterial, peso e altura.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e avaliações sem nenhum prejuízo para você. O(s) procedimento(s) utilizado(s) no exame físico durará alguns minutos e corre o risco de deixá-la cansada. Além disso, a resposta à algumas perguntas poderá trazer algum desconforto. Na tentativa de amenizar esses riscos, a pesquisadora realizará sua avaliação de forma rápida deixando você à vontade para responder às questões, ofertando apoio e escuta. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido mostrar o risco que o uso de anticoncepcionais pode provocar na vida da mulher principalmente quando ela apresenta outros fatores de risco e utilizam esse método de forma errada.

Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de intervenção, você será orientado pela pesquisadora.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por exame física ou consulta ao prontuário serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e avaliações físicas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) formulários nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê **de Ética em Pesquisa:** Universidade Federal do Ceará/PROPESQ . **Endereço:** Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo - CEP 60.430-275 Fone: 3366-8344.

RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá

rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Nome do pesquisador responsável: Karízia Vilanova Andrade; Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE. Telefone para contato: (85) 988088628. Horário de atendimento: 8:00- 17:00

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou representante legal

Assinatura do pesquisador



Impressão dactiloscópica

APÊNDICE C

Instrumento para a coleta de dados

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data da coleta: ___/___/___

Nome: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

Telefone de outra pessoa: _____ grau de parentesco: _____

1. Instituição de coleta:	2. Número do prontuário:
3. Procedência: 1.()capital 2.() Interior 3.()Outros estados	
4. Idade (anos completos):	5. Escolaridade (anos de estudo):
6. Renda familiar mensal:	7. N° de pessoa na família:
8. Ocupação: 1.()do lar 2.()fora do lar 3.() ambos	
9. Condição da União: 1.()com companheiro 2.()sem companheiro	
10. Raça 1.()negra 2.()parda 3.()amarela 4.()branca	

II- HISTÓRICO

11. Antecedentes familiares em parentes de primeiro grau	11.1. AVC 1.()Sim 2.() Não Tipo: a.() AVCi b.()AVCh c.() TVC			
	11.2. Aneurisma 1.()Sim 2.() Não			
	11.3. TVP 1.()Sim 2.() Não			
	12.1. Doenças cardíacas 1.()Sim 2.() Não Se sim, qual? _____			
	12.2. Diabetes 1.()Sim 2.() Não			
	12.3. Hipertensão 1.()Sim 2.() Não Há quanto tempo: _____ Faz tratamento: 1.()Sim 2.() Não			
	12.4. Hipertensão gestacional: 1.()Sim 2.() Não			
	12.5. Pré-Eclâmpsia 1.()Sim 2.() Não			
	12.6. Eclâmpsia 1.()Sim 2.() Não			
	12.7. Trombose venosa 1.()Sim 2.() Não			
	12.8. Ataque Isquêmico Transitório 1.()Sim 2.() Não			
	12.9. Dislipidemia 1.()Sim 2.() Não Há quanto tempo: _____ Faz tratamento: 1.()Sim 2.() Não			
	12.10. Alcoolismo 1.()Sim 2.() Não Se sim, AUDIT: _____			
	12.11. Tabagismo 1.()Sim 2.() Não Quantos cigarros por dia: _____			
12. Antecedentes pessoais	Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.			
	P.1	P.2	P.3	Total
	P.4	P.5	P.6	
	12.12. Usa drogas: 1.()Sim 2.() Não Se sim, qual: _____ Quanto tempo: _____			
	12.13. Pratica atividade física: 1.()Sim 2.() Não Quantas vezes por semana: _____ Quanto tempo: _____			
	12.14. Critérios para diagnóstico de enxaqueca da IHS(<i>International Headache Society</i>)			
	Pelo menos 2 das 4 características ao lado	Unilateral Pulsátil Moderada a grave Agravada por movimento		
	Presença de pelo menos um dos sintomas ao lado	Náuseas ou vômitos Fotofobia Fonofobia		
	Enxaqueca ()sim () Não			
	12.15. Nos dias antes do AVC houve algum episódio de estresse 1.()Sim 2.() Não			
12.16. AVC anterior 1.()Sim 2.() Não Tipo: a.() AVCi b.()AVCh c.() TVC				

	12.17. Doença mental: 1.() Sim 2.() Não Qual: _____
13. Histórico Ginecológico e obstétrico	13.1. Idade da Menarca (anos):
	13.2. Idade da menopausa (anos):
	13.3. Uso de terapia de reposição hormonal: 1.() Sim 2.() Não Por quanto tempo: _____
	13.4 Gesta: _____ Para _____ Aborto: _____

III. INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO AVC:

Ictus: Data: _____ **hora:** _____

14. Tipo de AVC: 1.() AVCi 2.() AVCh 3.() TVC

Na admissão (registro no prontuário): Data: _____

15. Déficit neurológicos iniciais	1. () parestesia à E	2. () parestesia à D	3. () hemiplegia à E
	4. () hemiplegia à D	5. () afasia	6. () disartria
	7. () cefaleia	8. () vertigem	9. () alteração da marcha
	10. () alteração da visão	11. () desvio de comissura labial	12. () hemiparesia D
	13. () Hemiparesia E	14. () Vômitos ou náuseas	
	15. () outros: _____		
16. Fez trombólise	1.() Sim 2.() Não		
17. NIH Data:			
18. RANKIN Data:	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6		

Atual Data: _____

19. NIH atual – Aplicação da escala					
INSTRUÇÃO	ESCORE	INSTRUÇÃO	ESCORE	INSTRUÇÃO	ESCORE
1a. Nível de consciência		4. Paralisia facial		9. Melhor linguagem	
1b. perguntas de nível de consciência		5. Motor para braços		10. Disartria	
1c. Comandos do nível de consciência		6. Motor para pernas		11. Extinção ou Desatenção	
2. Melhor olhar conjugado		7. Ataxia de membros		TOTAL:	
3. Visual		8. Sensibilidade			
	() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6				
20. RANKIN					
21. Índice de BARTHEL					
ITEM	ESCORE	ITEM	ESCORE	ITEM	ESCORE
Alimentação		Cont. esf. Anal		Subir e descer escada	
Higiene pessoal		Cont. esf. Vesical		Deambulação	
Uso do banheiro		Vestir		Manuseio de cadeira	
Banho		Transferência		Total	

P: _____ A: _____ IMC: _____ PA: _____

IV. APÓS 3 MESES – Contato telefônico: ()1ª Tentativa ()2ª Tentativa ()3 ou mais

22. RANKIN	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
23. Índice de BARTHEL							
ITEM	ESCORE	ITEM	ESCORE	ITEM	ESCORE	ITEM	ESCORE
Alimentação		Cont. esf. anal		Subir e descer escada			
Higiene pessoal		Cont. esf. vesical		Deambulação			
Uso do banheiro		Vestir		Manuseio de cadeira			
Banho		Transferência		Total			
24. Déficit atual: (colocar a numeração conforme item 24)							

tentativas

Data: ___/___/___

APÊNDICE D**DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, _____, coordenador(a) do Hospital Geral de Fortaleza, fiel depositário dos prontuários deste Hospital, autorizo Adman Câmara Soares Lima, a coletar dados para fins de seu estudo: “Uso de anticoncepcionais hormonais combinados e o acidente vascular cerebral”. Objetivo: Avaliar a relação entre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (oral e injetável) e o acidente vascular cerebral.” Reiteramos que o prontuário não pode ser retirado da unidade de internação.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

ANEXO A - National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Instrução	Definição da escala
<p>1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>
<p>1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>
<p>1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>
<p>2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>

Instrução	Definição da escala
<p>3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>
<p>4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrão ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>
<p>5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p>
<p>6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6a. Perna esquerda 6b. Perna direita</p>

Instrução	Definição da escala
<p>7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>
<p>8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>
<p>9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>

Instrução	Definição da escala
<p>10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique</p>
<p>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>

Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Você sabe como fazer.

De volta pra casa.

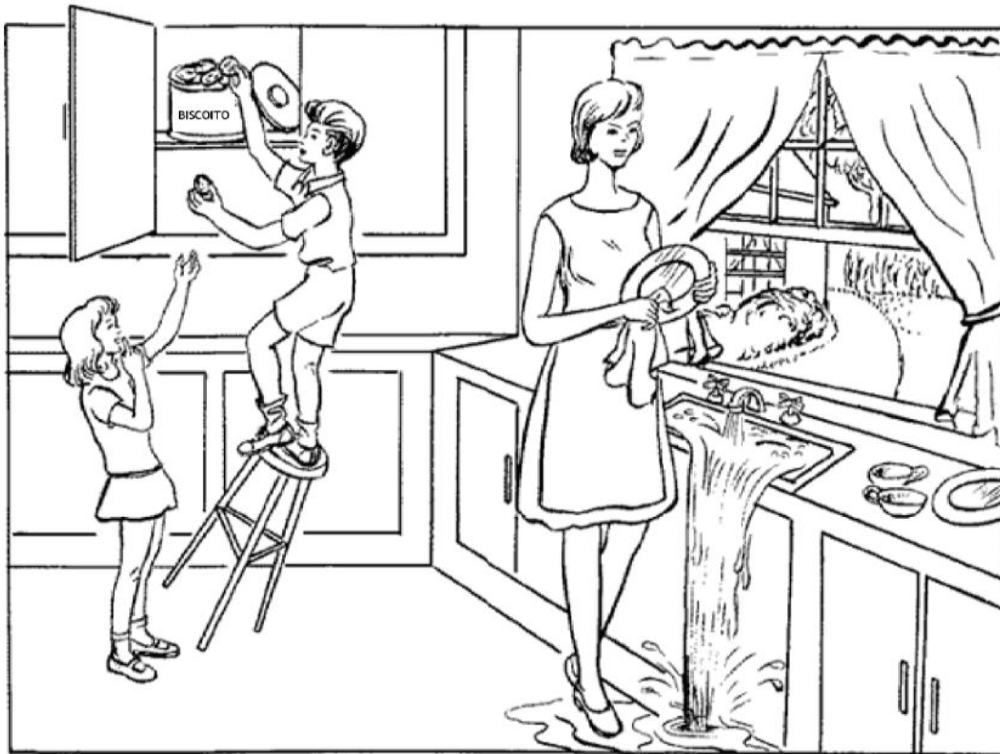
Eu cheguei em casa do trabalho.

Próximo da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Figura 5 – Escala de AVC do NIH – item 9 – linguagem



Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Figura 6 – Escala de AVC do NIH – item 9 – linguagem



Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Figura 7 – Escala de AVC do NIH – item 10 – disartria

Mamãe

Tic-Tac

Paralelo

Obrigado

Estrada de ferro

Jogador de futebol

ANEXO B Escala de Rankin

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada¹

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

ANEXO C – Índice de Barthel Modificado

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO		
ITEM		SUBTOTAL
ALIMENTAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Precisa ser alimentado. 2. Assistência ativa durante toda tarefa. 3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato). 4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite. 5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário. 	
HIGIENE PESSOAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal. 2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas. 3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas. 4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas. 5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes, e fazer a barba. Inclusive usar um barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador, assim como alcançá-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiar e fazer penteados, se usar. 	
USO DO BANHEIRO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa. 2. Assistência em todos os aspectos das tarefas. 3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos. 4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo. 5. Independente em todos os passos. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo. 	
BANHO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os passos. Não participa. 2. Assistência em todos os aspectos. 3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas. 4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência. 5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente. 	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontinente 2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatórias de evacuação. 3. Assistência para uso das técnicas facilitatórias e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais. 4. Supervisão ou ajuda para por o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional. 5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário. 	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontinente. Uso de caráter interno. 2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo. 3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos. 4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter). 5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos. 	
VESTIR-SE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa. 2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma. 3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa. 4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarras sapatos, sutiã, etc. 5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a poupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas. 	
TRANSFERÊNCIAS (CAMA E CADEIRA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas). 2. Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência. 3. Assistência em algum dos passos desta atividade. 4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos. 5. Independente em todas as fases desta atividade. o paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar e sentar-se nela e voltar à cadeira de rodas. 	

SUBIR E DESCER ESCADAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de usar degraus. 2. Assistência em todos os aspectos. 3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa. 4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco. 5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer. 	
DEAMBULAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente na deambulação. Não participa. 2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação. 3. Assistência necessária para alcançar apoio e deambular. 4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros. 5. Independente. Pode caminhar, ao menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso. 	
MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS (ALTERNATIVO PARA DEAMBULAÇÃO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente na ambulação em cadeira de rodas. 2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira. 3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro... 4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias. 5. Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 m. 	
TOTAL		

AVALIAÇÃO

A pontuação adotada pelo **Índice de Barthel Modificado** e sua relação com o grau de assistência e independência é:

1. Dependente total ou incapacidade de realizar a tarefa
2. Assistência em todos os aspectos
3. Assistência em alguns passos da tarefa
4. Assistência mínima ou supervisão na tarefa
5. Totalmente independente

ESCORE

10	Dependência total
11-30	Dependência severa
31-45	Dependência moderada
46-49	Ligeira dependência
50	Independência total

REFERÊNCIAS

Shah; Vanclay; Cooper, 1989.

ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: Adman Câmara Soares Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49076015.3.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.282.922

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte, envolvendo mulheres que se encontram na faixa etária de 15 a 49 anos de idade, internadas com diagnóstico médico confirmado de acidente vascular cerebral. A pesquisa será desenvolvida em três hospitais de Fortaleza-CE: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral Waldemar Alcântara e Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (oral e injetável) e o acidente vascular cerebral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo os pesquisadores, o(s) procedimento(s) utilizado(s) no exame físico não trarão desconforto ou risco.

Benefícios: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de mostrar o risco que o uso de anticoncepcionais pode provocar na vida da mulher principalmente quando ela apresenta outros fatores de risco e utilizam esse método de forma errada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa pertinente no contexto da saúde da mulher, sobretudo, considerando aquelas que utilizam anticoncepcionais hormonais combinados.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.282.922

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados. Conforme solicitado o pesquisador incluiu: Declaração de concordância com assinatura dos pesquisadores e bolsistas envolvidos na pesquisa e o Currículo Lattes do pesquisador principal.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561089.pdf	24/09/2015 23:51:25		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	24/09/2015 22:59:05	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia.pdf	22/09/2015 18:16:25	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	10/09/2015 08:55:09	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.pdf	10/09/2015 08:54:31	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Adman.pdf	10/09/2015 08:53:56	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Outros	Solicitacao_de_apreciacao.pdf	09/09/2015 09:30:59	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_HMJMA.pdf	27/08/2015 11:54:47	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_fiel_depositario_HMJMA.pdf	27/08/2015 11:54:11	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	27/08/2015 11:49:00	Adman Câmara Soares Lima	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.292.922

Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	27/08/2015 11:48:17	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade.pdf	27/08/2015 11:46:24	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_fiel_depositario.pdf	27/08/2015 11:44:43	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_objetivo.pdf	27/08/2015 11:43:22	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuncia_UTI.pdf	27/08/2015 11:42:27	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuncia_UAVC.pdf	27/08/2015 11:41:46	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Emergencia_HGF.pdf	27/08/2015 11:40:44	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_diretor_geral.pdf	27/08/2015 11:39:27	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_sigilo_HGWA.pdf	27/08/2015 11:37:57	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_ciencia_HGWA.pdf	27/08/2015 11:36:42	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_HGWA.pdf	27/08/2015 11:35:38	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/08/2015 11:34:53	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/08/2015 11:34:30	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	27/08/2015 10:57:02	Adman Câmara Soares Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/08/2015 10:22:04	Adman Câmara Soares Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.282.922

FORTALEZA, 15 de Outubro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Tedfio CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO E

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: Adman Câmara Soares Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49076015.3.3001.5040

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.327.321

Apresentação do Projeto:

A pesquisa procura estudar a relação entre o uso de anticoncepcionais orais e injetável e a presença do Acidente Vascular Cerebral. O pesquisador supõe que o conhecimento gerado pela pesquisa poderá beneficiar o uso seguro de

AHC e contribuir para reduzir o risco de AVC em mulheres, respaldando o conhecimento científico direcionado aos profissionais de saúde que lidam com as respectivas áreas do cuidado (AVC e anticoncepção) e a população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar a relação entre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (oral e injetável) e o acidente vascular cerebral.

Objetivos específicos:

- Traçar o perfil clínico de vítimas de acidente vascular cerebral;
- Verificar a associação entre modalidade de anticoncepcionais hormonais combinados (oral ou injetável), dosagem hormonal e tempo de uso com idade de acometimento, comprometimento funcional e gravidade do acidente vascular cerebral;
- Classificar as usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados na perspectiva do uso seguro do método;

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicó

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.327.321

- Verificar a associação entre o uso seguro dos anticoncepcionais hormonais combinados com idade de acometimento, comprometimento funcional e gravidade do acidente vascular cerebral;

- Comparar a idade de acometimento, comprometimento funcional e gravidade do acidente vascular cerebral entre usuárias e não usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados (oral ou injetável)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O pesquisador relata que os procedimento(s) utilizado(s) no exame físico não trarão desconforto ou risco.

Benefícios: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de mostrar o risco que o uso de anticoncepcionais pode provocar na vida da mulher principalmente quando ela apresenta outros fatores de risco e utilizam esse método de forma errada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante por se tratar de uma pesquisa que irá estudar o Acidente Vascular Cerebral, que constitui uma das maiores causas de mortalidade e incapacidade de nossa população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto da UFC

TCLE (não relata os riscos)

Cronograma desatualizado (pesquisa irá iniciar em outubro)

Cartas de anuências assinadas pelo coordenador da Emergência, da Unidade de AVC e da Unidade de Terapia Intensiva.

Termo de Fiel Depositário assinada porem não esta carimbada(já que haverá TCLE não é necessário do Termo de Fiel Depositário)

Orçamento apresentado

Recomendações:

Atualizar o cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, após correção do TCLE

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú CEP: 60.155-290

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.327.321

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561089.pdf	24/09/2015 23:51:25		Acelto
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	24/09/2015 22:59:05	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia.pdf	22/09/2015 18:16:25	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561089.pdf	10/09/2015 09:13:23		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	10/09/2015 08:55:09	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.pdf	10/09/2015 08:54:31	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Adman.pdf	10/09/2015 08:53:56	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561089.pdf	09/09/2015 09:57:30		Acelto
Outros	Solicitacao_de_apreciacao.pdf	09/09/2015 09:30:59	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561089.pdf	27/08/2015 12:03:47		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_HMJMA.pdf	27/08/2015 11:54:47	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_fiel_depositario_HMJMA.pdf	27/08/2015 11:54:11	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	27/08/2015 11:49:00	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	27/08/2015 11:48:17	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade.pdf	27/08/2015 11:46:24	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_fiel_depositario.pdf	27/08/2015 11:44:43	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_objetivo.pdf	27/08/2015 11:43:22	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuncia_UTI.pdf	27/08/2015 11:42:27	Adman Câmara Soares Lima	Acelto

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicu

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.327.321

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuncia_UAVC.pdf	27/08/2015 11:41:46	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenci_Emergencia_HGF.pdf	27/08/2015 11:40:44	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_diretor_geral.pdf	27/08/2015 11:39:27	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_sigilo_HGWA.pdf	27/08/2015 11:37:57	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_ciencia_HGWA.pdf	27/08/2015 11:36:42	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenci_HGWA.pdf	27/08/2015 11:35:38	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/08/2015 11:34:53	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/08/2015 11:34:30	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenci.pdf	27/08/2015 10:57:02	Adman Câmara Soares Lima	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/08/2015 10:22:04	Adman Câmara Soares Lima	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicú CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br