

FACULDADE DE ECONOMIA – UNIVERSIDADE DE COIMBRA



ANEURISMAS CEREBRAIS QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO A ADOPTAR

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau académico de Mestre. Programa de Pós Graduação em
Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Caseiro Alves – Director do Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Co-Orientador: Prof. Dr. Victor José Rodrigues – Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

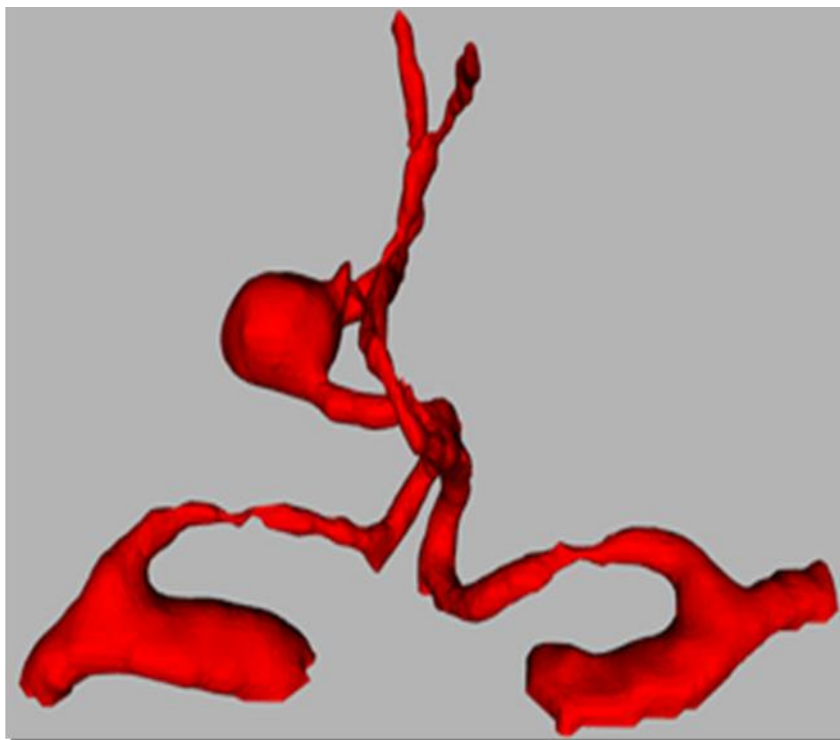
Departamento de Epidemiologia.

José Miguel Viana Pereira Queiroz

Coimbra – 2010

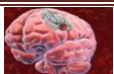
ANEURISMAS CEREBRAIS
QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO A ADOPTAR

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia de Organizações de Saúde.



Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

COIMBRA 2010



AGRADECIMENTO

Este trabalho representou para o candidato um enorme desafio por ter sido desenvolvido durante uma fase complexa da sua vida pessoal o que, por diversas vezes, dificultou uma total dedicação ao mesmo. Reconhece hoje que todas as dificuldades que se interpuseram nessa fase, mostraram que quando realmente se quer algo, nunca importará qualquer obstáculo, pois encontra-se sempre forças e potenciais em nós mesmo cuja existência se ignoraria na normalidade. No entanto, e apesar de ser necessariamente fruto de um esforço individual significativo, seria praticamente impossível se não contasse com a prestável colaboração de outras pessoas que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a sua realização, o que se afigura necessário e justo realçar.

Professor de Imagiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMC) e Director de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), o Prof. Doutor Filipe Caseiro Alves assumiu a orientação desta Tese. A confiança e amizade sempre presente, aliado ao rigor dos seus conselhos, espelham-se na obra finalizada.

Professor de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o Prof. Doutor Victor José Rodrigues pela crítica inteligente, rigorosa na apreciação epidemiológica.

Professor de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Chefe de Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, o Prof. Doutor Marcos Daniel Barbosa foi o grande apoio pelo seu empenhamento desinteressado e amigo. Na impossibilidade de não poder integrar a colaboração como Co-Orientador reconheço com sinceridade que sem os seus conhecimentos e conselhos este trabalho não teria sido, de todo, possível.

Prof. Doutor Pedro Ferreira Docente da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, uma palavra de apreço e gratidão pela disponibilidade total sempre demonstrada na elaboração estatística desta obra.



Doutor Fernando Gomes, Director do Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pela total disponibilidade mostrada para a realização desta obra. Com efeito, nunca o autor sentiu qualquer dificuldade, antes sim desde o início um grande estímulo e entusiasmo.

José Carlos, Paula e Lucete Gouveia em especial pela ajuda, amizade única e sincera e pela paciência, compreensão e apoio nas horas de desânimo.

Doutores José Artur Silva Cordeiro e Isabel França pela amizade, confiança, ajuda desinteressada e profissional, principalmente por reconhecerem a importância desta etapa e pelos constantes estímulos para continuar...

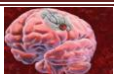
Doutores Carla Fernandes e Hugo Bebiano pela disponibilidade, amizade, compreensão e apoio em muitos momentos complicados.

Doutores Alexandre e Cristina Castela, Felisbela e Lúcio Machado, Francisco Pessoa, José Viterbo Correia, Victor e Elza Nogueira, Jorge e Tiago Pina, Primorosa, Conceição Pereira, Andreia, Alexandre e Casal Eusébio pela presença e verdadeira amizade.

Um agradecimento especial “*in memoriam*” ao Doutor Manuel Otero dos Santos pelos preciosos conhecimentos tão importantes na sua formação profissional, Eunice Pina, a verdadeira amiga, também ela vítima desta terrível doença, motivo principal da escolha do tema desta obra e ainda ao Enfermeiro António Carlos Simões, Homem bom, colega e amigo, pelo apoio na parte gráfica deste trabalho.

Uma palavra ainda para alguns colegas de trabalho e de ideais do Sector de Hemodinâmica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pela força, compreensão e pelo apoio nos momentos mais complicados.

Por fim e mais importante, a enorme gratidão para os Doentes que voluntariamente ou através dos seus familiares mesmo nos momentos difíceis da doença, se dispuseram a participar neste trabalho e que pacientemente foram incansáveis a cumprir através de respostas rigorosas aos inquéritos efectuados.

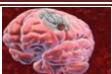


Ao meu amado e saudoso Pai. Por uma vida de exemplos de integridade, honradez, sabedoria, generosidade e sofrimento, requisitos fundamentais de um verdadeiro ser humano.

FATINHA, TIAGO e FILIPA, por TUDO, sempre mostrando que esta etapa da minha vida só dependia de mim..., pelo **enorme apoio** que sempre me souberam dar e pelos momentos suprimidos da nossa convivência, felicidade e necessidades não atendidas...

“ A esperança é uma virtude de quem não tem medo de começar de novo”.

(Autor desconhecido)



LISTA DE ABREVIATURAS

ACI – Artéria Carótida Interna

ACA – Artéria Comunicante Anterior

ACE – Artéria Carótida Externa

ACM – Artéria Cerebral Média

ACoA – Artéria Comunicante Anterior

ACoP – Artéria Comunicante Posterior

AIT – Acidente isquémico Transitório

ANGIO – Angiografia

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD' s – Actividades da Vida Diária

CG – Lacuna de Caiman (Caiman`s Gap)

DTC – Doppler Transcraniano

DCV – Doença cerebrovascular

ECO – Ecografia

Et, al. – Colaboradores

DM – Diabetes *mellitus*

FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FR – Factores de Risco

GOS – Escala de “outcome” de Glasgow (Glasgow outcome Scale)

HAS – Hipertensão Arterial Sistémica

HIC – Hipertensão intracraniana

HIV – Hipertensão intraventricular

H-H – Escala de Hunt Hess

HRQL – Health related quality of life

HSA – Hemorragia Subaracnóidea

HTAs – Hipertensão Arterial Sistémica



HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

MAV – Malformações arteriovenosas

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão intracraniana

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Promoção de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVLS – Qualidade de vida ligada à saúde

RM – Ressonância Magnética

S.NC – Serviço de Neurocirurgia dos HUC

STENT – Prótese ou Endoprotese Metálica

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Sensibilidade da TAC na detecção de HSA - Tempo de evolução

TABELA 2 – Medidas Preventivas em Qualidade de vida

TABELA 3 – Escala de Hunt – Hess (H - H)

TABELA 4 – Escala de Fisher Escala “outcome” de Glasgow

TABELA 5 – Escala “outcome” de Glasgow

TABELA 6 – Factor desencadeante HSA

TABELA 7 – Sintomatologia HSA

TABELA 8 – Existência de aneurisma

TABELA 9 – Estado Clínico Prévio

TABELA 10 – Lateralização

TABELA 11 – Escala Hunt Hess - Resultados

TABELA 12 – Escala Fisher

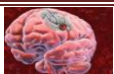


TABELA 13 – TAC - Urgência

TABELA 14 – Angiografia 4 vasos

TABELA 15 – Aneurisma - Dimensões

TABELA 16 – Acto cirúrgico

TABELA 17 – Retoma actividade - Fase inicial

TABELA 18 – Actividade - 6 Meses

TABELA 19 – Estatística Descritiva

TABELA 20 – Situação Profissional

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Qualidade de vida

GRÁFICO 2 – Sexo + % doentes

GRÁFICO 3 – Factor desencadeante de HSA

GRÁFICO 4 – Urgência - Frequência

GRÁFICO 5 – Patologias associadas + Factores de risco

GRÁFICO 6 – Situação doente - Pré evento

GRÁFICO 7 – Escala Hunt Hess % + Freq.

GRÁFICO 8 – Escala de Fisher

GRÁFICO 9 – TAC - Urgência %

GRÁFICO 10 – Aneurisma dimensões

GRÁFICO 11 – Retoma actividade 1 ano

GRÁFICO 12 – Estatística descritiva

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Aneurisma

FIGURA 2 – Colocação de coils em Neuroradiologia

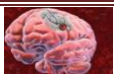


FIGURA 3 – Vasos da base do cérebro e o polígono de Willis destacado

FIGURA 4 – Aneurisma sacular não roto e ruptura de um aneurisma com extravasamento de sangue

FIGURA 5 – Aneurisma sacular intracraniano localizado na bifurcação da ACI

FIGURA 6 – Aneurisma cerebral - Imagem por DSA

FIGURA 7 – ASD com reconstrução 3D - Imagem de aneurisma

FIGURA 8 – Fluxo sanguíneo normal + Vasospasmo

FIGURA 9 – Várias etapas de embolização de aneurisma

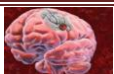
FIGURA 10 – Sequência de tratamento endovascular a aneurisma

FIGURA 11 – DAS/MAV insular esquerdo

FIGURA 12 – Zona aneurismática em Fisher 3

FIGURA 13 – Cirurgia de aneurisma

FIGURA 14 – Vasospasmo



RESUMO

Pretende o autor dar um contributo a um problema quotidiano que é “**QUE QUALIDADE DE VIDA PERANTE UM ANEURISMA CEREBRAL ROTO**” tendo quatro linhas de actuação:

- ✓ Diagnóstico precoce dos aneurismas cerebrais
- ✓ Momento oportuno do seu envio a sectores especializados nomeadamente a um Serviço de Neurocirurgia (NC)
- ✓ Possibilidade de controlo evolutivo do paciente
- ✓ Estratégias de prevenção, e qualidade de vida futura destes pacientes

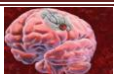
A hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática é causada mais frequentemente pela ruptura de aneurismas, o que pode levar a um deficit neurológico e cognitivo importante afectando as actividades funcionais dos pacientes.

Neste estudo descrevem-se os resultados evolutivos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de aneurismas rotos (clipagem) admitidos no Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Salienta-se naturalmente o papel futuro da qualidade de vida diária dos pacientes pós acontecimento do evento, a importância dos prestadores de saúde mais próximos e faremos a diferença dessa mesma qualidade, antes e pós tratamento. Finalmente, não deixaremos passar em claro o compromisso sócio-económico num sector (Saúde) que não sendo só de agora, enfrenta graves dificuldades.

Palavras-chave:

Hemorragia subaracnóidea aneurismática, aneurismas, factores de risco, qualidade de vida



ABSTRACT

With this study the author wants to pay tribute to a current daily clinical problem: “QUALITY OF LIFE IN THE PRESENCE OF A RUPTURED BRAIN ANEURYSM”.

In this study the author has four main lines of action:

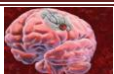
- ✓ Early diagnosis of brain aneurysms
- ✓ Timing of referral to specialized institutions for management – namely referral to a Neurosurgery Department
- ✓ What are the chances of having positive influence in the evolution of the disease?
- ✓ Prevention strategies and future quality of life of these patients

Subarachnoid Haemorrhage is most frequently caused by rupture of brain aneurysms which can lead to significant cognitive and neurological deficits in these patients, affecting daily functional activities. In this study are presented the results of treatment of patients with ruptured brain aneurysm managed surgically in the Department of Neurosurgery of the Coimbra University Hospital. We emphasize the differences of the quality of life of these patients before and after treatment, and the importance of the specialised Health Care in the favourable evolution of the disease.

Finally the author also discusses the social-economical impact in the Health Care System (which is experiencing at present serious economical difficulties) of the management of these type of patients.

Key Words:

Aneurismal subarachnoid hemorrhage, aneurysms, risk factors, health quality



INDICE

AGRADECIMENTO	2
RESUMO	9
ABSTRACT	10
I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	
1. ANEURISMAS CEREBRAIS / HSA	
1. A. Dados históricos	12
1. B. Epidemiologia	14
1. C. Etiologia e Diagnóstico	17
1. D. Fisiopatologia	19
1. E. Complicações	20
1. F. Prognóstico	20
1. G. Prevenção (HSA)	22
1. H. Conclusões	28
II. QUALIDADE DE VIDA	
2. A. Conceitos	31
2. B. Avaliação	35
III. INTRODUÇÃO À INVESTIGAÇÃO REALIZADA	
3.A. Âmbito	37
3.B. Objectivos	53
IV. CONTRIBUTO PESSOAL	
4.A. Material e Métodos	55
4.B. Análise Descritiva	56
4.C. Apresentação de resultados	58
V. DISCUSSÃO	72
VI. CONCLUSÕES	73
VII. BIBLIOGRAFIA e Fontes Consultadas	78
ANEXOS	84



I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA

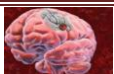
1.A. Dados históricos

Passados já praticamente 25 séculos desde a primeira descrição da hemorragia subaracnoideia, considera-se no momento actual ser esta ainda uma das patologias intracranianas mais graves, associada a uma elevada morbi/mortalidade, e em relação à qual muito pouco ainda se pode fazer no sentido de evitar as suas trágicas consequências directas e imediatas.

Segundo Barbosa, Marcos¹³(Tese de Doutoramento) embora Hipócrates tenha escrito “ Quando uma pessoa está de boa saúde é subitamente acometida por dores de cabeça e fica imediatamente sem falar e a respirar ruidosamente, ela morrerá dentro de sete dias, a não ser que surja febre” – Só em 1679 Bonet, e depois mais tarde Wiseman em 1696, sugeriram a hipótese de haver uma estreita relação entre a hemorragia subaracnoideia e a ruptura de um aneurisma cerebral.

Esta relação foi confirmada por Morgagni em 1761 e por Biumi em 1778 ao apresentarem os primeiros casos de HSA por ruptura aneurismática, mas estas descrições só em 1891 viriam a ser devidamente valorizadas quando Quincke tornou possível a confirmação in vivo da HSA com a introdução da técnica da punção lombar. Em 1927, Egas Moniz divulga a técnica da angiografia cerebral, embora o diagnóstico de um aneurisma cerebral em vida só tenha sido sujeito a publicação em 1933. No mesmo ano em que Dott divulgou um caso de aneurisma diagnosticado em angiografia dois anos antes. É a partir desta data que, foi possível a realização programada da cirurgia dada a possibilidade de se ter um conhecimento prévio da localização exacta e de variados detalhes importantes relacionados com o aneurisma¹³(Fig1).

Ainda de acordo com Barbosa, Marcos¹³(Tese de Doutoramento) o acelerado desenvolvimento da tecnologia da imagem e sucessivos progressos radiológicos, a cirurgia viu melhorados consideravelmente as suas condições para o tratamento cirurgico dos aneurismas cerebrais. É na década de 60 e 70 que virão a surgir através de Charles Drake e de Mamhut Yasargil, os maiores avanços, sendo que, estes nomes ainda hoje pontificam como referências importantes na cirurgia dos aneurismas cerebrais (Fig5).



Em 1972 quando surge a tomografia axial computadorizada, divulgada por Hounsfield⁵, facilita-se a confirmação diagnóstica de HSA que é aproveitada por Takemae⁶⁵ para propor em 1978 uma relação directa entre a quantidade de sangue evidenciada por TAC e o desenvolvimento posterior de vasospasmo, trabalho mais tarde desenvolvido por Fisher que em 1980 alcança o maior reconhecimento como factor diagnóstico.

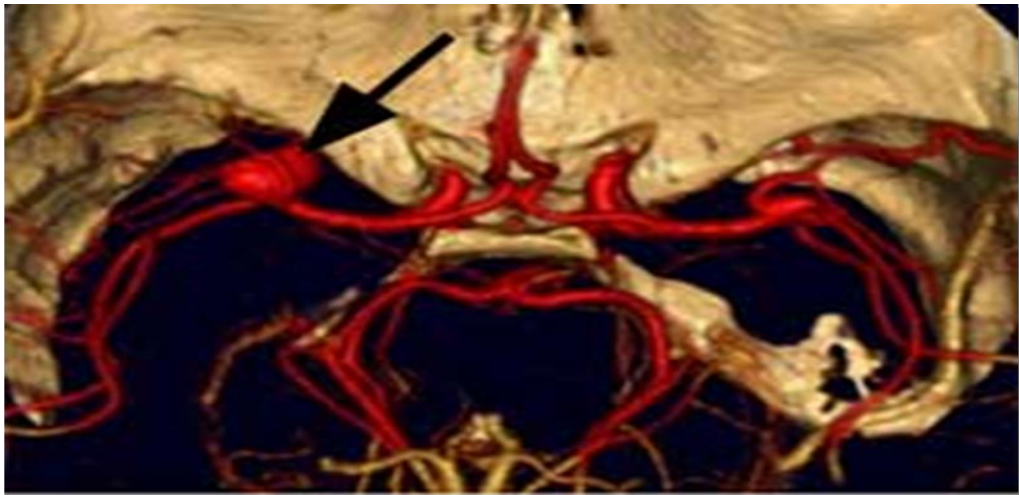


Figura. 1 – Aneurisma

Após a divulgação de um estudo cooperativo entre os EUA, Canadá e Europa³³, analisando os resultados, tornou-se o principal responsável pela generalização do conceito da cirurgia precoce dos aneurismas cerebrais.

No início dos anos 70, Serbinenko¹⁰ ter divulgado a técnica do tratamento por via endovascular dos aneurismas cerebrais utilizando a técnica do balão Insuflável e mais tarde Gugliemi e Viñuela (Fig2,11) descreverem a utilização de coils de platina que se destacam

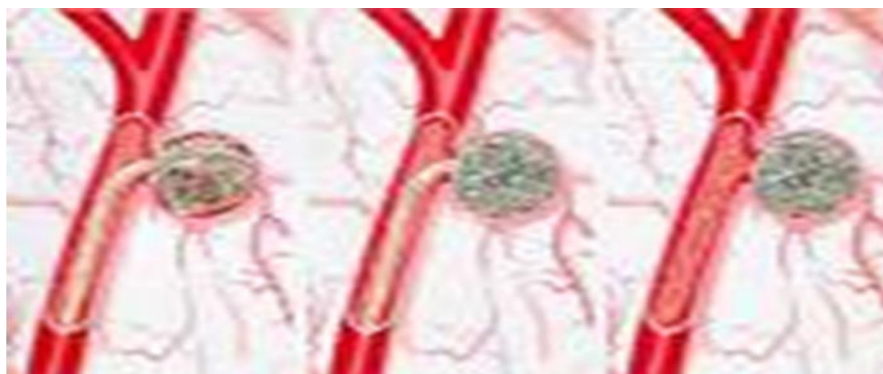
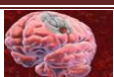


Figura. 2 – Colocação de coils em Neuroradiologia intervencional



por electrólise (GDCs) e com o aparecimento das endoprotéses metálicas mais vulgarmente conhecidas por “stents” observa-se que é com a Angio-TAC, bem como a angiografia digital e especialmente a possibilidade de imagens em 3D que se assiste a uma melhoria do leque de opções para tratamento dos aneurismas cerebrais.

1.B. Epidemiologia

A hemorragia subaracnoideia é caracterizada pela presença de sangue no espaço subaracnoideu, que pode ser causada por uma grande variedade de patologias. O sangue penetra no espaço subaracnoideu por ruptura de vasos nele contidos, ou adjacentes a ele, junto à dura-máter.

O acidente vascular cerebral em Portugal é a segunda causa de morte excedida somente, pelas doenças cardiovasculares.

Nos Estados Unidos, pensa-se que a incidência de HSA é actualmente de 8-16/100.000 habitantes/ano, com uma morbi/mortalidade de grande significado estatístico.

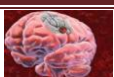
Um estudo prospectivo¹² sobre o acidente vascular cerebral em Oxfordshire, Inglaterra, entre 1981 e 1986, seguiu 105.000 pacientes. Em 675 pacientes, que desenvolveram acidente vascular cerebral, 81% foram enfarte, 10% hemorragia intracerebral, 5% hemorragia subaracnoidea e 5% de causas desconhecidas. Dos pacientes com hemorragia subaracnoidea, no trigésimo dia após os sintomas iniciais, 48% tinham morrido e 76% dos sobreviventes estavam funcionalmente independentes.

Numa revisão de dados de oito países com população predominantemente branca, a hemorragia subaracnoidea representou 4% dos acidentes vasculares cerebrais e a média de incidência anual foi de 14/100.000 habitantes/ano⁶⁴. Sendo o aneurisma a dilatação de um vaso sanguíneo, usualmente uma artéria, o tipo mais frequentemente encontrado é o aneurisma sacular ligado por um colo à artéria de origem.

A incidência de HSA está directamente relacionada com a idade.

É rara na infância, tornando-se maior com o passar dos anos, sendo mais frequentemente encontrada entre os 40 e 60 anos, com um pico entre os 55 e os 60 anos.

De acordo com Schievink⁶¹, a maioria dos aneurismas intracranianos (80% a 85%) estão



localizados na circulação anterior na junção da artéria carótida interna com a comunicante posterior (ACoP), no complexo da artéria comunicante anterior e bifurcação da artéria cerebral média (ACM). Há uma correlação entre maior incidência de aneurismas saculares na ACM e o ângulo da bifurcação arterial, este facto foi comprovado por meio de um estudo matemático que demonstrou que a quantidade de *shear stress* depende da geometria da bifurcação.

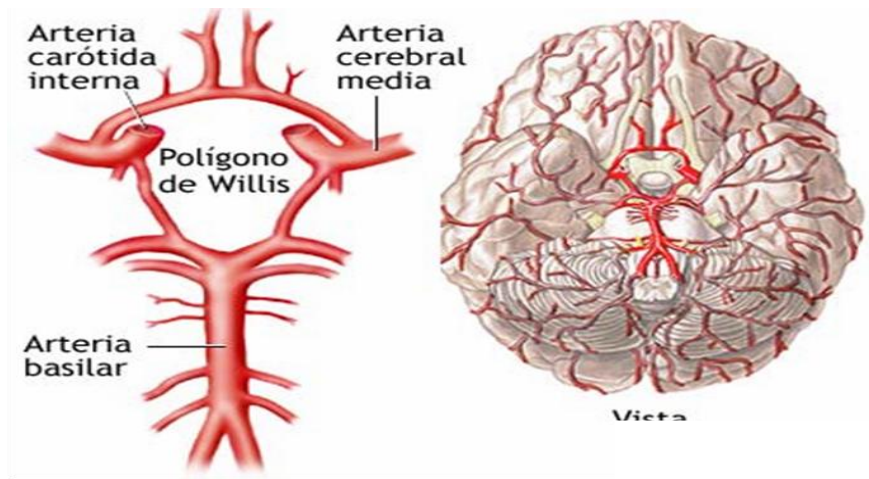


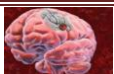
Figura. 3 – Vasos da base do cérebro e o polígono de Willis destacado

Dessa forma, a anatomia única do Polígono de Willis proporciona uma confluência das forças hemodinâmicas na bifurcação da artéria Carótida interna (ACI) e a ACM, ocasionando o desgaste na parede do vaso e consequente deterioração da lâmina elástica interna.

A localização dos aneurismas saculares intracranianos é definida com a ocorrência de 85-95% dos casos presentes na circulação anterior divididos em três locais mais comuns: 30% no complexo comunicante anterior (mais comum em homens), 25% na artéria comunicante posterior e 20% na artéria cerebral média.

A circulação posterior abriga 5 a 15% dos aneurismas saculares, sendo cerca de 10% na artéria basilar e 5% na artéria vertebral.

Os aneurismas são encontrados em 1 a 3% das autópsias. Embora a incidência da HSA varie muito com as diferentes séries descritas na literatura, presume-se que em geral entre 8 a 16/100.000 habitantes vão sofrer um episódio de hemorragia



subaracnoidea espontânea em cada ano e que a partir dos 40 anos o predomínio passe a ser do sexo feminino, acentuando-se este predomínio com o aumento da faixa etária, o que faz da HSA uma doença com predominância feminina (2/1). Julga-se ainda haver uma prevalência sazonal, com aumento da incidência durante a Primavera e Outono.

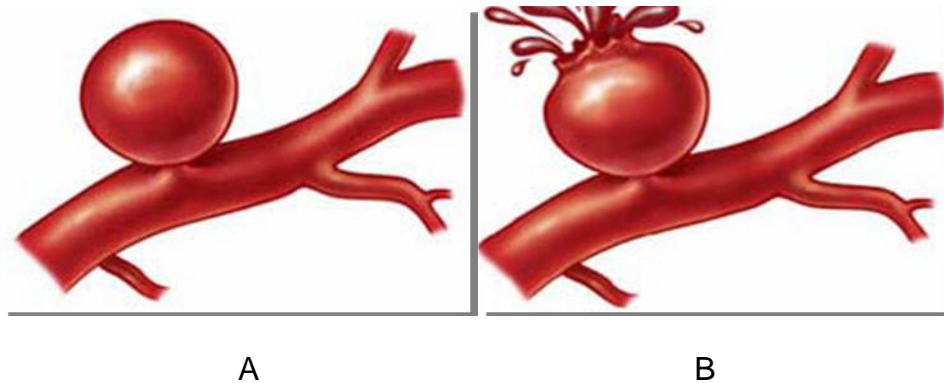


Figura. 4 - Aneurisma sacular não roto (A) Ruptura de um aneurisma, com extravasamento de sangue (B)

Revisões epidemiológicas não têm demonstrado disparidade de prevalência entre os diversos grupos étnicos⁴⁰.

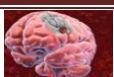
Os factores de risco modificáveis mais frequentemente encontrados são o tabagismo, hipertensão arterial e consumo de álcool²⁵. Vários estudos mostraram significativo número de fumadores e hipertensos entre homens e mulheres com HSA⁶⁶. O enfraquecimento da parede arterial, por mudanças estruturais, provavelmente conduz a dilatação focal e saliência da parede arterial.

Eventualmente o aneurisma desenvolver-se-ia neste local.

A lesão endotelial, degenerescência da lâmina elástica interna e o afilamento da camada muscular lisa da média são sinais precoces de formação aneurismal⁶³.

A hipertensão arterial afecta potencialmente três estruturas podendo ser um factor predisponente da formação de aneurismas.

Sabe-se que a HTA, stress hemodinâmico, aterosclerose, factores congénitos e ambientais como o tabagismo alteram as citadas estruturas.



1.C. Etiologia e Diagnóstico

A ruptura de um aneurisma sacular (Fig4) é responsável por cerca de 50 a 75% das hemorragias subaracnoideias espontâneas. Estima-se que 2 a 5% da população possam ter um aneurisma cerebral, sendo a sua taxa de ruptura de cerca de 2% ao ano.

Outras causas de HSA espontânea são:

- √ MAV cerebral, outras patologias de natureza vascular cerebral
- √ Causas iatrogénicas como a terapêutica com anticoagulantes e contraceptivos orais, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas e o exercício físico.

Diagnóstico – Aneurismas cerebrais

Com a confirmação da ocorrência de HSA, deve ser realizada Angio-TAC e angiografia cerebral digital dos quatro vasos.

Estes têm sido os exames mais realizados para o diagnóstico de aneurismas intracranianos e para o planeamento cirúrgico, fornecendo detalhes anatómicos importantes para o Neurocirurgião e Neuroradiologista.

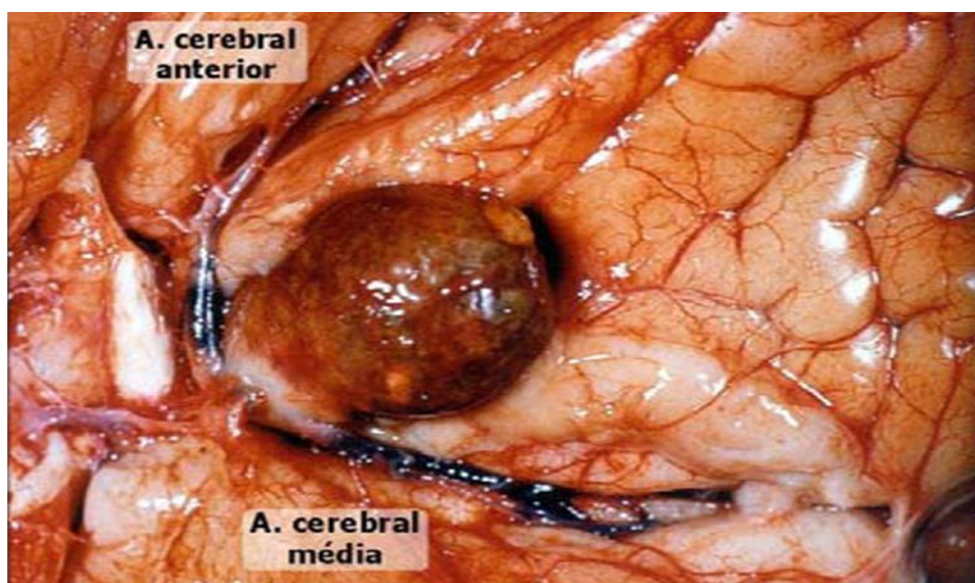
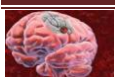


Figura. 5 – Aneurisma sacular intracraniano localizado na bifurcação da ACI



A Angiografia digital (Fig6) evidencia a presença de vasospasmo arterial o que é importante para o timing cirúrgico e para o manejo destes pacientes graves. Nos casos sem diagnóstico, a Angiografia deve ser repetida em 7 a 14 dias, após o período de vasospasmo arterial que pode ocultar aneurismas.

A Angio-Ressonância pode ser utilizada na investigação de HSA nos pacientes com contra-indicação ao uso de contraste endovenoso. A Sensibilidade varia entre 86 a 95% em aneurismas com mais de 3mm²⁴. A taxa de falsos-positivos pode chegar aos 6%. A capacidade da Angio-RM de detectar aneurismas depende muito da qualidade do equipamento (campo magnético, software), tamanho do aneurisma e do fluxo sanguíneo cerebral (vasospasmo).

A Angio-TAC²⁴ é no momento o exame mais utilizado para o diagnóstico de aneurismas num grande número de centros tendo, uma sensibilidade de 95% e especificidade de 83% na detecção de lesões de até 2,2mm. Notar que a realização de AngioTAC (T25) requer rapidez na sua efectivação, nem sempre possível dada a possibilidade de o doente não ser transferido num curto espaço de tempo.

A sensibilidade (T19) da TAC na detecção de HSA é directamente proporcional em termos de eficácia de diagnóstica ao tempo de evolução pós episódio.

0 - 12 Horas	100%
12 - 24 Horas	96%
Após 5 dias	85%
Após 1 semana	50%
Após 2 semanas	30%
Após 3 semanas	0%

Tabela 1 – Sensibilidade da TAC na detecção de HSA/tempo de evolução

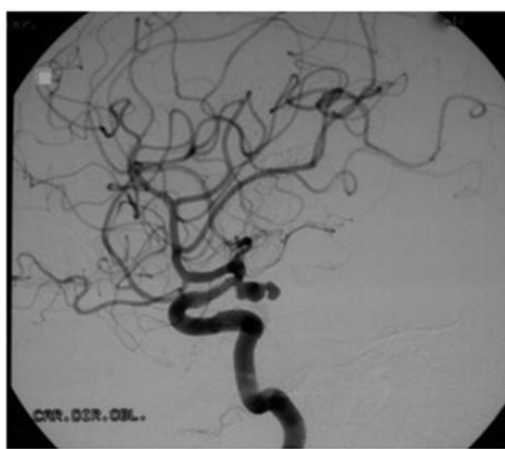
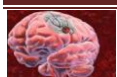


Figura. 6 – ASD – Imagem de Aneurisma



Apresenta vantagens como a não dependência de fluxo sanguíneo cerebral adequado e a visualização do aneurisma em 3-D (Fig7), mostrando as suas relações com estruturas ósseas, dados importantes para o planeamento cirúrgico.

Como desvantagens podemos referir algumas dificuldades técnicas, como por exemplo, a semelhança dos coeficientes de atenuação do osso e do contraste não permitir em muitos casos a precisa delimitação das lesões entre estas duas interfaces. Nestes pontos a análise baseia-se nas imagens fonte, bidimensionais.

O principal objectivo do tratamento do doente com HSA consiste em prevenir a re-hemorragia, enquanto se previne Vasospasmo. Dai incluir-se um rigoroso controlo das pressões. (TA e PIC)

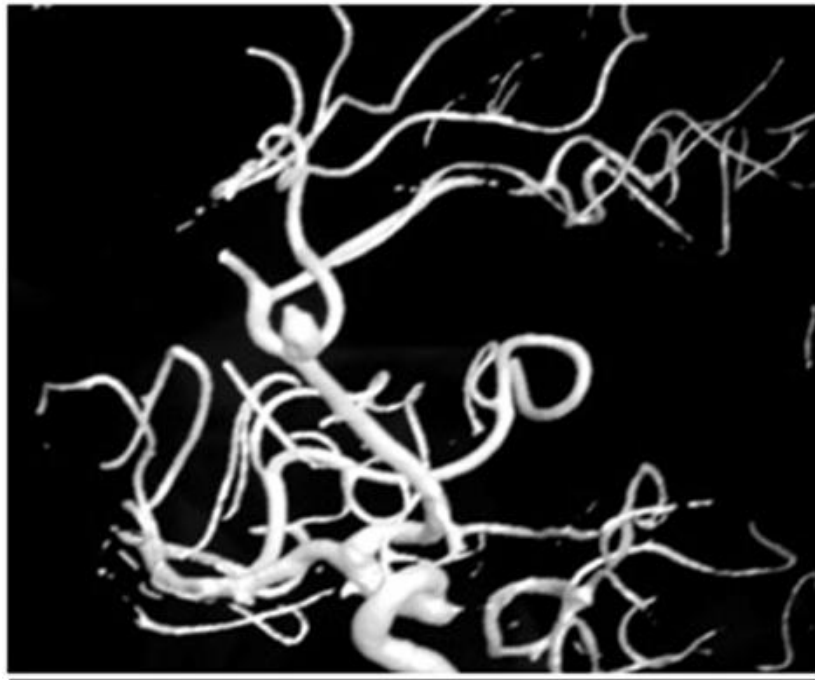
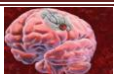


Figura. 7 – ASD com reconstrução 3D – Imagem de Aneurisma

1.D. Fisiopatologia

A homeostase cerebral é perdida com um evento catastrófico como a hemorragia subaracnoideia aneurismática. Ocorrem alterações no fluxo sanguíneo e no metabolismo cerebral, resultando de um aumento da pressão intracraniana (PIC) e de uma diminuição da pressão de perfusão cerebral.

As alterações isquémicas associadas a esta quebra do equilíbrio fisiológico, são uma



das principais causas de morte e de sequelas nos pacientes com essa patologia. Imediatamente após o episódio, reduções globais no fluxo sanguíneo cerebral são observadas sendo proporcionais à gravidade do quadro clínico. A quantidade de sangue no espaço subaracnoideo está directamente relacionada com a gravidade e o prognóstico do paciente.

1.E. Complicações

O vasospasmo cerebral⁴⁹, a re-hemorragia e a hidrocefalia complicam o curso clínico, com grande influência na mortalidade e na morbidade desses pacientes. O vasospasmo cerebral é uma complicação potencialmente séria e fatal. Ocorre geralmente entre o 5º e o 12º dia, sendo o seu pico de incidência no 7º dia, causa alterações isquémicas e tem uma relação muito significativa com o prognóstico. A sua frequência e intensidade estão associadas à quantidade de sangue no espaço subaracnoideo, a qual é graduada pela classificação de Fisher. O risco de vasospasmo está relacionado com o status neurológico na admissão, sendo a sua incidência de 74% nos pacientes admitidos em Hunt-Hess 5. A incidência de vasospasmo cerebral angiográfico varia entre 30 a 70% das angiografias realizadas por volta do 7º dia após o episódio hemorrágico, embora o vasospasmo sintomático ocorra em somente 20 a 30% dos pacientes com HSA. A hidrocefalia¹ é outra complicação, a qual pode ocorrer imediatamente após a ruptura aneurismática; especialmente quando existe sangue intraventricular. A sua ocorrência está relacionada com a quantidade de sangue no espaço subaracnoideo. A ocorrência de recidiva da hemorragia é uma catástrofe para o paciente e reduz significativamente a hipótese de sobrevivência²⁹.

1.F. Prognóstico

As três variáveis mais estreitamente relacionadas com um mau resultado após HSA são o estado neurológico do paciente na admissão, idade e a quantidade de sangue no espaço subaracnoideo visto no TAC inicial. Destes três factores, o estado neurológico inicial, particularmente o nível de consciência, é o mais importante factor determinante de prognóstico²⁹. A presença de doença grave, e/ou, hipertensão arterial diminui a sobrevivência⁶² sendo que história de tabagismo e alcoolismo têm influência bastante negativa³⁹. A presença de desvio da linha média, hematoma intracerebral e hemorragia



intraventricular, são os mais importantes factores vistos no TAC, para piorar o resultado²⁸. A HSA espessa, difusa e vasospasmo angiográfico intenso são também indicadores de mau prognóstico¹⁹. *Outro importante factor prognóstico é a localização do aneurisma.*

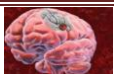
Embora o indicador principal de sobrevivência nos primeiros dias após a HSA seja o grau clínico, um aneurisma da circulação posterior é claramente um forte pronuncio de mau prognóstico.

Baseado em estudos recentes, há uma concordância de que a localização do aneurisma e a cirurgia são factores que conduzem a alterações neuropsicológicas após a HSA, mas o factor mais importante parece ser a hemorragia inicial.

Um grande número de vítimas de HSA são pessoas ainda bastante activas que, se sobreviverem, podem ficar com sequelas físicas e/ou mentais mais ou menos graves. Estas sequelas como iremos ver mais adiante podem vir a alterar por completo o seu estilo de vida, porventura dificultar a sua reabilitação e até uma reintegração social, interferindo ainda com a vida familiar. Os aspectos socioeconómicos na maioria dos casos também ficam abrangidos. Diversos estudos foram feitos no que concerne à avaliação dos défices físicos com resultados pouco animadores.

No entanto crê-se que se juntarem os défices neuropsicológicos a recuperação total seja bem menor, rondando uma percentagem bem inferior aos 40%, aproximando-se até do zero nas hemorragias mais graves. Dentro do grupo de doentes que sobrevivem à hemorragia inicial, o vasospasmo cerebral e a re-hemorragia são as principais complicações, sendo o vasospasmo (Fig8) a causa mais frequente de morbi/mortalidade. Estes doentes que sobrevivem a uma HSA podem pois vir a ser afectados por perturbações cognitivas, neuropsicológicas, e emocionais persistentes. Podendo ser subclínicas e discretas podem no entanto trazer, a nível de reintegração social e profissional, graves problemas.

Está-se a falar de perturbações da memória, diminuição da capacidade de concentração e da velocidade do raciocínio, assim como da atenção e do tempo de reacção, para além de possíveis problemas ao nível da linguagem.



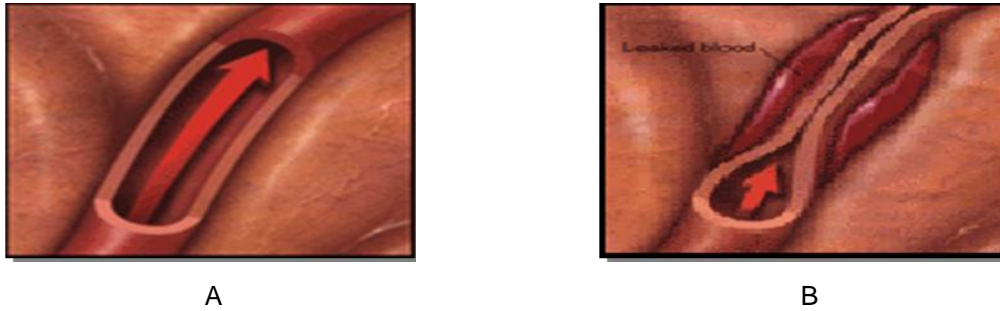


Figura. 8 - Fluxo sanguíneo normal através da artéria (A); Vasospasmo: estreitamento das artérias e redução do fluxo sanguíneo (B)

1.G. Prevenção (HSA)

A progressiva melhoria, a todos os níveis, das estruturas de saúde implica um aumento das possibilidades de sobrevivência e de recuperação do paciente. Dever-se-á incidir sobre a doença cerebrovascular (DCV) especificamente dos aneurismas cerebrais em dois aspectos fundamentais:

Prevenção e Tratamento.

Como se depreenderá, até pelo título deste trabalho, será sobre a prevenção que o autor se debruçará. A prevenção é sem dúvida alguma o aspecto primordial no que toca à DCV e pode modificar o aparecimento do acidente cerebrovascular estabelecido e irreversível.

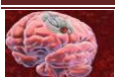
Distinguiremos dois aspectos da DCV:

1. Prevenção primária e Prevenção secundária.

Aquando do acidente cerebrovascular agudo, o diagnóstico precoce, a instituição o mais rápido possível de tratamento (tanto o tratamento médico e reabilitador, como em ocasiões mais raras outros tratamentos) permite melhorar a **Qualidade de Vida** posterior e diminuir o risco de sequelas.

1.a) Prevenção Primária

Conjunto de acções que visam evitar a doença na população, removendo os factores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objectivo a promoção de saúde e protecção específica. Excluindo a predisposição congénita, onde



não se pode interferir, é um tipo de prevenção comum de qualquer patologia deste foro. A melhor prevenção consiste no diagnóstico precoce e controlo dos factores de risco vascular, nomeadamente a aterosclerose, o tabagismo e HTA.

1.b) Prevenção Secundária

Conjunto de acções que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, têm como objectivo a diminuição de prevalência da doença.

2. Tratamento

2.a) Técnicas de intervenção neuroradiológica

- ✓ Embolizações (Fig9,10). Indicadas no tratamento de: Malformações arteriovenosas; - Fístulas arteriovenosas traumáticas e espontâneas - Alguns aneurismas: oclusão intra-luminal
- ✓ √ Angioplastia transluminal com ou sem prótese metálica, “ STENT “.

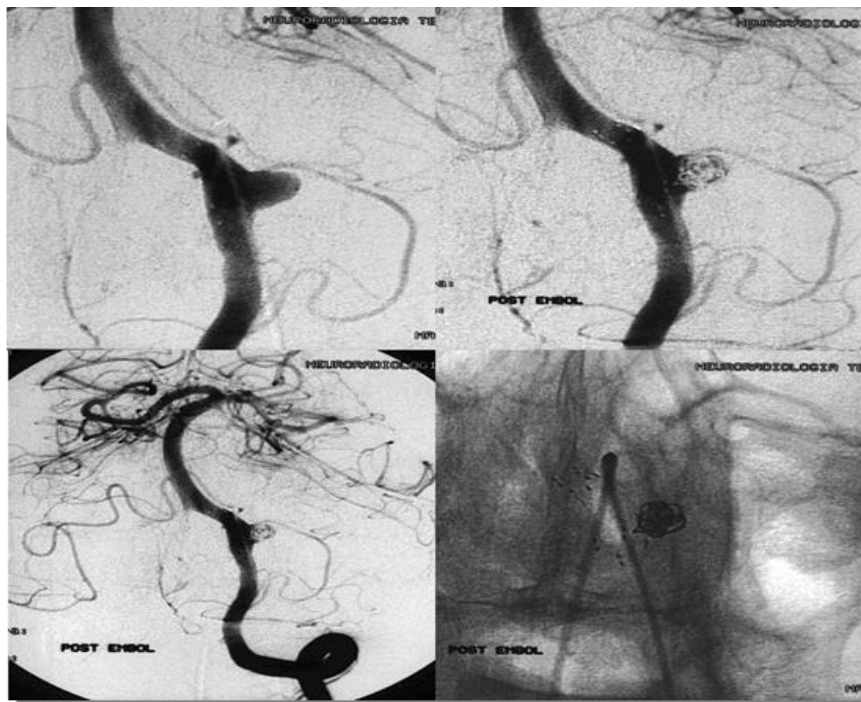


Figura.9 – Várias etapas de embolização de aneurisma

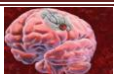
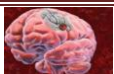
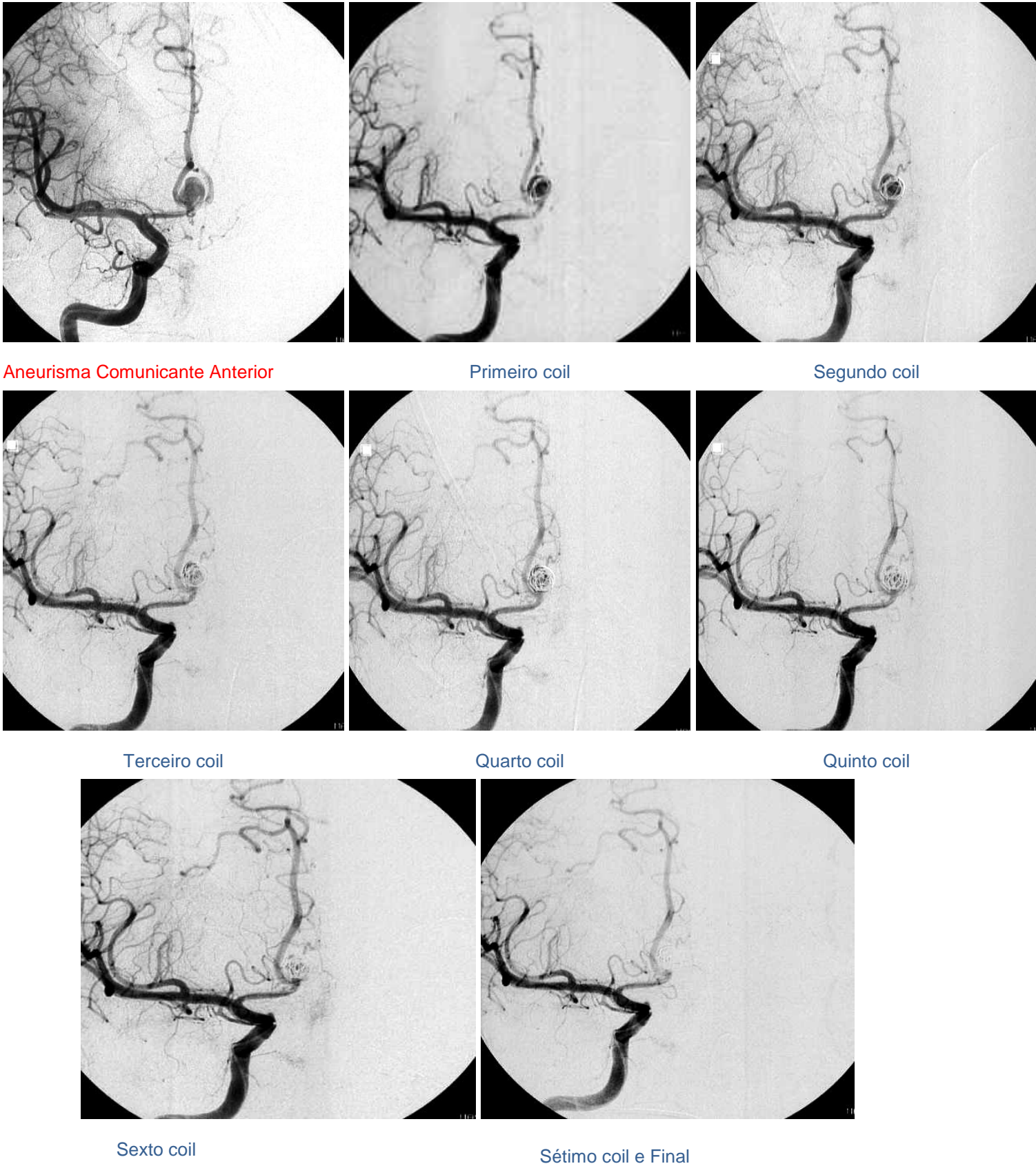


Figura.10 – Várias seqüências de tratamento endovascular de um aneurisma



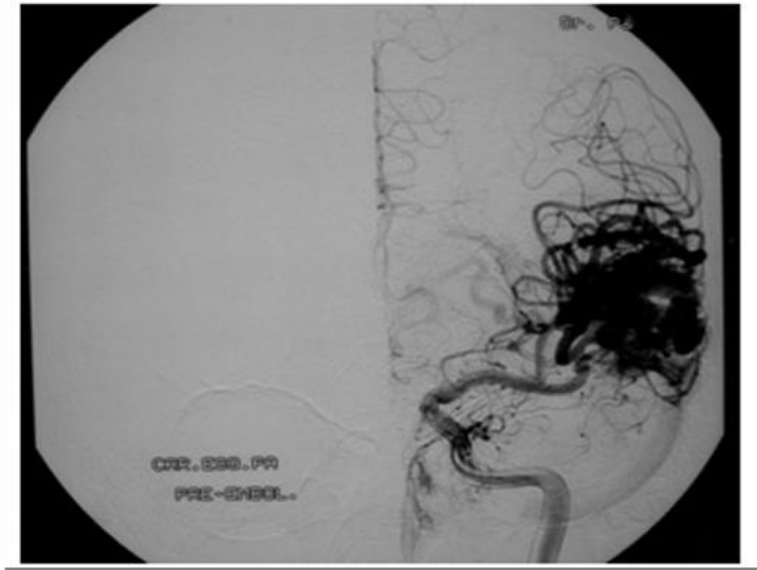


Figura.11 – DSA – MAV insular esquerdo

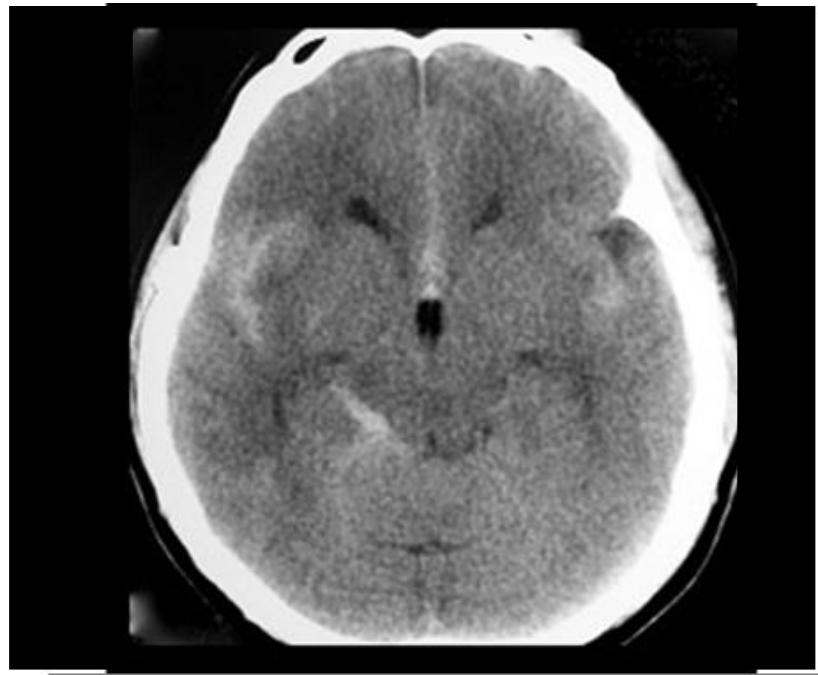


Figura.12 – Imagem de zona aneurismática Fisher 3 – Hemorragia cisternal = ou >1 mm

2.b) Técnicas cirúrgicas

- Técnicas neurocirúrgicas de abordagem directa, com clipagem do colo aneurismático e outras técnicas.

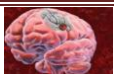




Figura.13 – Cirurgia de aneurisma

POSSÍVEL ACTUAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A actividade do Sistema de Saúde no que toca à luta contra a DCV deverá consistir em:

Médico de Família

Elemento fundamental na prevenção primária, tanto no que refere à detecção e controlo dos factores de risco, como na prevenção medicamentosa.

Medicação – Reabilitação – Reintegração social

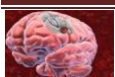
Prevenção secundária mediante o controle dos factores de risco e medicação; seguimento e observações periódicas:

Medidas Preventivas

Dado que os aneurismas cerebrais constituem a causa mais frequente de HSA espontânea, o seu diagnóstico e tratamento antes da ruptura será o melhor meio de evitar o vasoespasmó cerebral pós HSA_(Fig13), assim como todas as outras possíveis complicações desta.

O aumento desta frequência deve-se a:

- ✓ Evolução natural da espécie humana, com a conseqüente degeneração e calcificação do sistema vascular arterial



- ✓ Relação directa com o aumento da longevidade da população, principalmente nos países civilizados, cuja idade média de sobrevivência se situa entre 70-80 anos

E, por outro lado, a:

- ✓ Incremento *dos factores de risco*
- ✓ Melhoria dos meios imágológicos para o seu diagnóstico

Clinicamente existe sintomatologia característica e sinais próprios que podem alertar para a presença de um aneurisma, antes da sua ruptura.

São os casos de cefaleia sentinela – cefaleia atípica e não habitual – que pode ocorrer até 4 semanas antes da HSA, alterações de nervos cranianos – diminuição brusca da acuidade visual unilateral em casos de aneurisma da artéria oftálmica, e parésia III em casos de aneurisma da artéria comunicante posterior.

Sinais clínicos de HSA

Resultam da ruptura do aneurisma.

A ruptura do aneurisma manifesta-se por cefaleia intensa e violenta, por muitos doentes descrita como a pior dor de cabeça das suas vidas. No momento da ruptura do aneurisma 45% dos pacientes apresentam perda de consciência, reflectindo súbito aumento da pressão intra-craniana, que pode momentaneamente igualar ou mesmo exceder a pressão arterial. A rotura do aneurisma pode levar ainda a dor facial, dilatação pupilar por compressão das fibras pupilo constritoras do nervo óculo motor, e defeitos no campo visual.

Uma grande percentagem de pacientes pode apresentar crises convulsivas durante a hemorragia subaracnoidea, a maioria ocorrendo imediatamente após o rompimento arterial⁴⁶. A ocorrência destas convulsões não tem relação com a localização do aneurisma ou o prognóstico do paciente, reflectindo tão-somente o aumento agudo da pressão intracraniana que é observado após a ruptura do aneurisma. Impedir que os sintomas isquémicos condicionados pelo vasospasmo cerebral se instalem num doente que sofreu uma HSA, tem sido a luta diária de Clínicos, no entanto, ao longo de todos estes anos e apesar dos avanços conseguidos quer no aspecto do diagnóstico, quer no



tratamento da HSA, esta entidade clínica continua a ser responsável pela maior percentagem da mobilidade e mortalidade nos doentes que sobrevivem ao episódio inicial da hemorragia.

As outras causas de deterioração clínica mais comuns são a recidiva da hemorragia em pacientes com aneurismas não excluídos, hidrocefalia e infecção a qualquer momento.

NEM TODA A DETERIORAÇÃO TARDIA PODE SER ATRIBUÍDA AO VASOSPASMO

Perante esta situação devem-se tomar medidas preventivas que conduzam, a diminuir a casuística conhecida.

A cirurgia precoce apresenta o inconveniente de se manipular no cérebro edemaciado e portanto mais vulnerável ao traumatismo. Às vezes, a menor manipulação pode causar danos, sobretudo na região fronto-temporal num terço de pacientes tratados⁴¹.

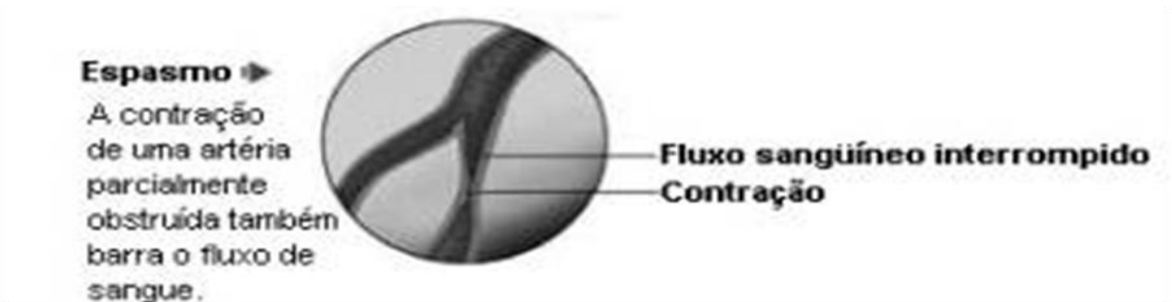
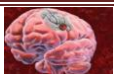


Figura.14 – Vasospasmo

1.H. Conclusões

A incidência anual mundial de HSA apresenta números preocupantes e estima-se que pelo menos metade de todos os pacientes vítimas de ruptura aneurismática morre, ou ficam gravemente incapacitados.

Embora os resultados negativos sejam frequentemente devidos aos efeitos directos da hemorragia inicial, uma pronta e apropriada conduta nestes pacientes prevenirá complicações neurológicas secundárias e lesões adicionais.



A recidiva de uma hemorragia é a principal complicação previsível da HSA, chegando a apresentar uma taxa de mortalidade de 70%. A ruptura de um aneurisma intracraniano é um evento agudo e dramático que necessita de hospitalização imediata e cuidados especializados sem demora a fim de evitar complicações neurológicas imediatas e lesões adicionais.

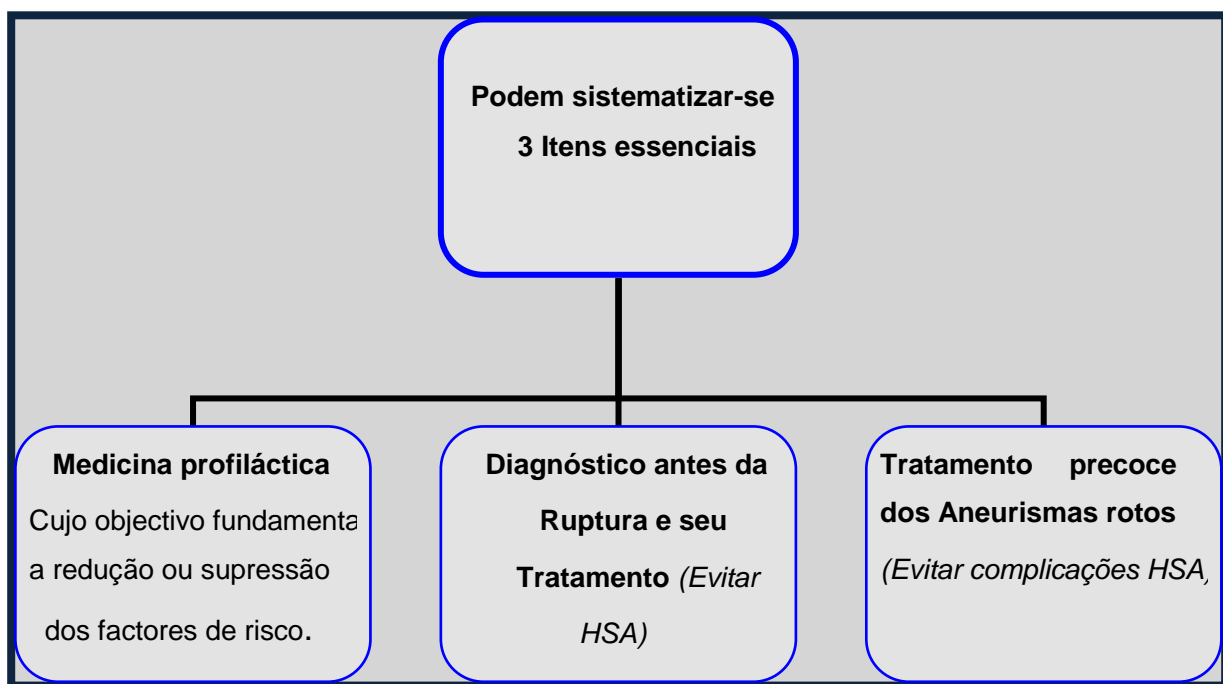
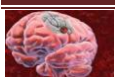


Tabela. 1 - Medidas Preventivas em Qualidade de vida

A escala de Hunt-Hess é uma das escalas mais frequentemente utilizadas para a classificação da HSA e avaliação da condição clínica do paciente.

ESCALA CLÍNICA DE HUNT – HESS	DESCRIÇÃO
1	Assintomático ou ligeira cefaleia, ligeira rigidez da nuca
2	Moderada a grave cefaleia, rigidez da nuca, sem deficits neurológicos
3	Sonolência, confusão ou deficit focal leve
4	Leve a moderada hemiparesia, descerebração e distúrbios vegetativos
5	Coma profundo, rigidez (descerebração), paciente moribundo

Tabela. 2 - Escala de Hunt – Hess (H - H)



Já *Fisher (et al., 1980)*³⁶ propuseram um sistema baseado na quantidade e distribuição de sangue no TAC, para predizer o risco do desenvolvimento de vasospasmo.

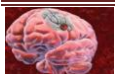
ESCALA DE FISHER – HSA	DESCRIÇÃO
1	Nenhum coágulo visto na TAC - crânio (TCC)
2	Coágulo subaracnóideo difuso, fino (< 1mm)
3	Coágulo subaracnóideo localizado, espesso (\geq 1mm)
4	Coágulo Intracerebral/intraventricular c/ ou s/ HSA difusa

Tabela. 3 - Escala de Fisher

À luz de uma ampla consulta da literatura utilizada neste trabalho, pode o autor afirmar que várias complicações neurológicas, advindas após a ruptura aneurismática, podem surgir: hipertensão intracraniana, hidrocefalia aguda e vasospasmo sintomático. A escala de “outcome” de Glasgow determina o resultado clínico do paciente e é dividida em 5 graus, sendo o grau 1 morte e o grau 5 boa recuperação.

ESCALA “OUTCOME” DE GLASGOW - GRAU - DESCRIÇÃO
I MORTE
II ESTADO VEGETATIVO
III INCAPACIDADE GRAVE
IV INCAPACIDADE MODERADA
V BOA RECUPERAÇÃO

Tabela. 4 - Escala “outcome” de Glasgow



II. QUALIDADE DE VIDA

2.A. Conceitos

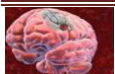
Palavra-chave – *Qualidade de Vida*

A expressão qualidade de vida foi empregue pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os *objectivos não podem ser medidos através dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*”. O interesse em conceitos como “ *padrão de vida* “ e “ *qualidade de vida* “ foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos.

Assiste-se então a um crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trazendo como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, preocupação com o conceito de “ *qualidade de vida* “ refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou a um aumento natural da expectativa de vida.

A avaliação da *qualidade de vida* foi acrescentada nos ensaios clínicos aleatórios como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança. A Oncologia assume particular importância dado que, foi a primeira especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “ anos à vida “ era deixada de lado a necessidade de acrescentar “ vida aos anos “.

O termo “*qualidade de vida*”, que tem sido aplicado na literatura médica, não parece ter um único significado, “ Condições de saúde “, “ funcionamento social “ e “qualidade de vida “ têm sido usados como sinónimos e a própria definição de “ *qualidade de vida* “ não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para a sua avaliação. *Qualidade de vida relacionada com a saúde* (“Health-related quality of life”) e *Estado subjectivo da saúde* (“Subjective health status”) são conceitos afins, centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas também necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente.



Bullinger e Cols⁴⁵, consideram que o termo *qualidade de vida* é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e intervenções médica.

Algumas pesquisas revelaram que, para avaliar o impacto da HSA, não é suficiente considerar a perda da função neurológica e a incapacitação provocadas pelo evento isquémico, uma vez que existem outros factores implicados nesta análise. Para uma avaliação mais precisa dos efeitos de uma HSA é necessário considerar a própria percepção do doente sobre a sua saúde e a medida de vários outros aspectos que conjuntamente vão caracterizar a qualidade de vida do indivíduo³¹.

Nesse contexto, a qualidade de vida deve ser entendida de forma multi-dimensional.

Um indivíduo terá boa qualidade de vida se tiver boas condições de efectivar as actividades físicas necessárias para o bom funcionamento da vida diária; se suas funções vitais estiverem preservadas; se for capaz de manter um estado psicológico/emocional adequado para enfrentar as situações da vida; e, finalmente, se puder desenvolver adequadamente a sua vida íntima e as suas relações sociais³².

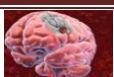
A qualidade de vida pode ser percebida ainda como a distância entre a aspiração pessoal e a sua concretização.

Nesse sentido, o ajustamento das aspirações para as possibilidades reais do indivíduo pode ser a chave para uma boa qualidade de vida⁴³.

A ocorrência da HSA frequentemente traz consequências negativas para o sobrevivente, como aumento da dependência de outras pessoas para as actividades da vida diária, alterações do humor e uma ruptura na interacção social com os amigos e os membros da própria família, o que pode resultar num importante rebaixamento da qualidade de vida destes indivíduos⁸.

Diversos autores desenvolveram estudos sobre a qualidade de vida de pacientes que sofreram HSA³. Contudo torna-se difícil saber quais os domínios da qualidade de vida que foram mais afectados, pois foram utilizados diferentes instrumentos de trabalho e a maioria apenas comparam a qualidade de vida com outro desfecho, como prejuízo neurológico, estado funcional ou depressão.

Apesar das dificuldades citadas, existem alguns achados mais consistentes. Entre eles



já se demonstrou que o domínio da qualidade de vida mais afectado inicialmente após a HSA é a capacidade física⁸, que tende a melhorar com o tempo, mas que, independentemente deste, pode sofrer uma deterioração da dimensão psicossocial⁴³. Além disso, esses trabalhos mostraram que foram importantes na melhoria da qualidade de vida não somente os factores físico³⁶, mas, também, e sobretudo, o fortalecimento do suporte familiar, a redução da dependência física e o tratamento de sintomas depressivos (quando havia)³⁷.

Uma meta-análise de 2001 mostrou, através da avaliação de 68 artigos, que há um aumento considerável da função física dos pacientes que sofreram HSA entre três meses e um ano após o evento e que a maior recuperação funcional ocorre entre três e seis meses. No mesmo estudo, a autora apresentou algumas variáveis que têm efeito positivo sobre a qualidade de vida dos indivíduos que sofreram HSA: independência para a execução das actividades da vida diária, habilidade funcional, suporte social e recursos para o cuidado com a saúde.

Em seguida, mostrou também as variáveis que têm efeito negativo sobre a qualidade de vida desses pacientes: depressão, prejuízo cognitivo e gravidade da HSA³⁸. Acha o autor ainda que, a qualidade de vida (QV) é uma medida de desfecho que tem sido entusiasticamente utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos. A QV está directamente relacionada com a promoção de saúde (PS).

A Promoção de Saúde tem como objectivo promover a QV e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a determinantes e condicionantes. O método utilizado foi descritivo - reflexivo com dados fundamentados em revisão de literatura.

Os resultados mostraram que a QV tem sido avaliada com instrumentos genéricos e específicos.

As políticas públicas colocam a PS como além de evitar doenças e prolongar a vida, atraírem meios e situações que ampliem a qualidade de vida. Entretanto, faltam medidas de diagnóstico da situação real da QV da população portuguesa para subsidiar medidas de PS

(LIFE QUALITY: AN INSTRUMENT FOR HEALTH PROMOTION)

Ainda sobre QV os especialistas no assunto diferem ao definir QV. Não existe um consenso sobre o que constitui QV; uma tentativa de definição engloba desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, tais como, meio ambiente, recursos



económicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer. São identificadas duas tendências na conceituação do termo QV: um conceito genérico e outro ligado à saúde. No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Entretanto, quando o QV é relacionado à saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde.

Na conceituação recente adoptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): a QV foi definida como “ [...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de patologias específicas.

Um outro conceito é qualidade de vida ligada à saúde (QVLS), é o “ [...] valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e económica do sistema assistencial”. A versão inglesa do conceito de *health related quality of life* (HRQL), exposto por Gianchello, é similar: “ [...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos.” É o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Para Auquier, Simeoni e Mendizabal¹¹, os conceitos fundamentais de HRQL seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos relacionados com a Saúde Pública.

Não obstante a ausência de uma definição consensual, actualmente existe crescente interesse em transformar a QV em uma medida quantitativa. Um número crescente de instrumentos tem sido construído para medi-la.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Diversos instrumentos têm sido propostos, sendo administrados por entrevistadores ou



auto-administráveis. Os instrumentos de medida de qualidade de vida podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral.

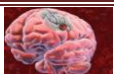
Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacionais sem especificar patologias, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planeamento e avaliação do sistema de saúde. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. A sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, patologia ou para uma determinada situação.

2.B. Avaliação

Apesar da proliferação de instrumentos e o crescimento rápido da literatura voltada para medir a qualidade de vida, não existe uma concordância no seu significado. Na literatura médica, o termo qualidade de vida tem sido usado para distinguir diferentes pacientes ou grupos de pacientes.

Os autores salientam que a qualidade de vida é directamente proporcional ao status funcional, que é traduzido basicamente pela capacidade de desenvolver actividades diárias³⁰, introduziram o termo “ qualidade de vida relacionada à saúde “ para separar os efeitos da saúde, da satisfação familiar, meio ambiente, profissional, e outros factores que por algum modo influenciam na percepção da qualidade de vida⁶⁷, com o propósito de esclarecer a utilização do termo qualidade de vida, pesquisaram 579 referências bibliográficas que diziam fornecer um compêndio compreensivo sobre esta questão verificaram que, qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do *status* de saúde dos indivíduos, é uma reflexão do modo como eles percebem e reagem sobre o estado de saúde e outros aspectos não médicos das suas vidas.

Nos textos revistos, os autores afirmam que estas percepções e reacções podem, ser melhor determinadas, se for sugerido aos pacientes a darem a pontuação e indicarem



os principais itens que afectam a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida inclui para além dos factores directamente relacionados com a saúde, tais como, bem-estar físico, funcional, emocional, bem-estar mental, Inclui também elementos como, trabalho, família, sexo, amigos e outras circunstâncias da vida.

Para *Gill & Feinstein*³¹, os instrumentos podem ser satisfatórios para indicar o *status* de saúde, mas qualidade de vida é uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos que interferem na vida pessoal.

A necessidade de incorporar as preferências e os valores das pessoas é o que diferencia a qualidade de vida de todas as outras medidas de saúde.

Desta forma o termo qualidade de vida pode ser visto como o resultado de todos os factores que agem sobre o homem, e como ele responde a esses factores.

Avaliações de qualidade de saúde são cada vez mais incorporadas às práticas do sector da saúde. Nos últimos 30 a 40 anos, qualidade de vida tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde. Exemplo disto é a expansão do seu uso em ensaios clínicos e na avaliação do impacto das políticas implementadas.

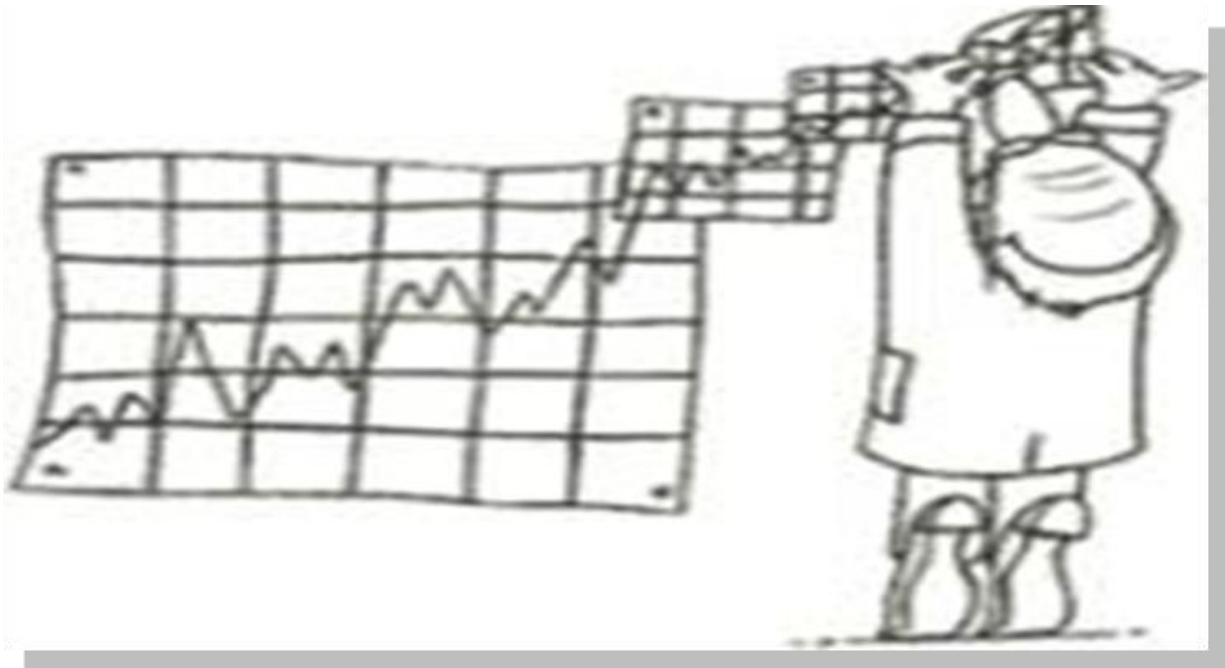
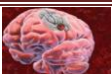


Gráfico. 1 - Qualidade de vida



Hoje assiste-se ao processo relativamente comum de a qualidade de vida ser usada, para distinguir diferentes pacientes ou grupos de pacientes e avaliar assim intervenções terapêuticas.

Tradicionalmente, o atendimento médico era focalizado no diagnóstico e tratamento, sendo o resultado medido através de indicadores objectivos: morbilidade e mortalidade. Nestas últimas décadas, este enfoque tem mudado e o resultado das condutas médicas tem sido avaliado, também, através de variáveis subjectivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida. Sendo intuitivamente óbvio que vida e saúdes são inseparáveis, hoje tem-se presente que o que interessa à saúde deve fazer parte de qualquer conceito de qualidade de vida.

FALA-SE DE VIDA E DE QUALIDADE!

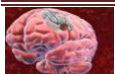
III. INTRODUÇÃO À INVESTIGAÇÃO REALIZADA

3.A. Âmbito

Seguindo o raciocínio de Barbosa, Marcos¹³ (Tese de Doutoramento) esta é ainda uma das patologias intracranianas mais complexas, com uma alta taxa de morbi/mortalidade e, em relação à qual, pouco ou nada se pode fazer no sentido de evitar as suas consequências directas, imediatas. Tendo em conta que, embora frequentemente em termos de volume sanguíneo extravasado para o espaço subaracnoideo a hemorragia seja reduzida, menos de metade dos doentes consegue recuperar até à condição clínica prévia.

Se estes doentes forem avaliados sob o ponto de vista neuropsicológico, será provável que o número dos que ficam sem quaisquer sequelas seja ainda mais reduzido. Mas até que ponto isso se reflecte no seu dia-a-dia? Sendo de difícil mensuração interessa perceber em muitos destes doentes como se poderão num futuro próximo corresponder em termos de qualidade de vida às exigências funcionais de uma vida minimamente normal tanto na vertente neuropsicológica como funcional.

Desde a segunda metade do século passado, alguns progressos foram feitos no que se refere ao tratamento da HSA¹³, e a investigação – clínica e experimental tem-se

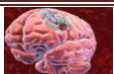


debruçado sobre os problemas que podem surgir após a hemorragia, nomeadamente a re-hemorragia, o vasospasmo cerebral (Fig13), as perturbações metabólicas, a elevação da pressão intracranéana (PIC), a hidrocefalia e as complicações médicas associadas. No entanto, e apesar de vários avanços em termos de técnicas de diagnóstico, de farmacologia e de técnica cirúrgica, a HSA tem ainda muitos problemas por resolver. Além do mais, a sociedade tarda em preparar-se para apoiar condignamente o doente e respectivo agregado familiar para as sequelas inerentes a um episódio desta gravidade. Para se poderem melhorar os resultados da hemorragia subaracnóidea é fundamental que, para além de se conhecer cada vez mais aprofundadamente a sua etiopatogenia e factores de risco, se possa numa fase inicial avançar precocemente para o seu diagnóstico, identificar as suas consequências hemodinâmicas antes do surgimento das manifestações clínicas e posteriormente saber perceber quais as necessidades imediatas para minorar as consequências finais. Os Acidentes Vasculares Cerebrais são actualmente a segunda causa de mortalidade em Portugal, desencadeando um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens com efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes e na sintomatologia depressiva e qualidade de vida dos seus prestadores informais de cuidados. A HSA por ruptura aneurismática representa cerca de 10% do total dos AVC,"s.

Pensamos estar encontrada evidência quanto aos benefícios das intervenções que envolvem acções de informação e apoio na redução do isolamento social, da ansiedade e qualidade de vida dos prestadores de cuidados expostos a uma intervenção social, comparativamente com os não – expostos.

Um dos objectivos deste estudo passa por avaliar os efeitos da HSA e a qualidade de vida dos pacientes. A qualidade de vida está associada a diversos aspectos do quotidiano das sociedades. Estes aspectos são de natureza diversa e tanto podem estar relacionados com domínios do bem-estar económico-financeiro como com domínios do bem-estar psicológico, social e espiritual.

No que se refere ao bem-estar económico-financeiro tem cada vez maior importância os aspectos associados ao impacto das doenças crónicas no dia-a-dia das pessoas e suas famílias, a saúde colectiva associada à poluição, assim como aspectos mais gerais associados ao ócio e aos tempos livres.



O conceito de qualidade de vida faz parte da linguagem comum actual. Todos têm uma ideia do que é ter, ou não, qualidade de vida, expressa nas questões, nas condições e preocupações do quotidiano de cada um e da comunidade ou sociedade a que pertencem. Esta característica polissémica da noção de qualidade de vida, constitui um desafio para os investigadores quando pretendem analisar e determinar todos os parâmetros da sua complexidade.

Existem cinco concepções⁵ que contribuem para explicar as correntes actuais de investigação a este nível.

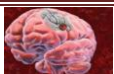
Uma corrente baseada numa concepção "Psicológica", outra baseada numa concepção "custo - benefício", uma terceira "centrada na comunidade", e por fim uma quarta preocupada com a abordagem "funcional" e a última é a chamada "lacuna de Caiman".

- A "abordagem psicológica" direcciona a pesquisa para a experiência psicológica do sujeito em situação de doença, isto é, como o doente se sente em relação à sua doença e, como esta interfere com a sua qualidade de vida, por oposição à inexistência de doença.

- A experiência vivencial da doença adquire importância porque se constatou que cerca de 50% das abordagens médicas não têm base anátomo - funcional, isto é, não existe doença biomédica, mas percepção de doença. Esta abordagem preocupa-se com a percepção do doente, relativamente à sua saúde⁵⁰.

- A "abordagem custo – benefício" centra-se na dicotomia quantidade de vida *versus* qualidade de vida. Para alguns a vida deve ser vivida a qualquer custo enquanto para outros a vida deve ser vivida em determinadas circunstâncias de bem-estar. A investigação tem demonstrado⁴ que determinados doentes trocariam anos de vida por determinadas funções. Nesta perspectiva, a avaliação da qualidade de vida baseia-se na percepção pessoal do doente relativamente à sua capacidade funcional em áreas por si valorizadas.

- A "abordagem comunitária" organiza a análise das variáveis de maneira a considerar o impacto da doença na comunidade, ou seja, a sua relação com a qualidade de vida de toda a comunidade.



Neste tipo de abordagem as variáveis podem ser agrupadas em círculos concêntricos, nos quais os parâmetros fisiológicos estão no centro e os restantes, constituídos pelo funcionamento social, bem-estar, percepção geral de saúde e exercício do papel social, circundam-nos sucessivamente.

- A "perspectiva funcional" debruça-se sobre os aspectos funcionais físicos, psicológicos e sociais, analisando-se a qualidade de vida como um reajustamento individual e social às consequências de uma doença incapacitante.

Por fim a "Lacuna de Caiman" (Caiman's Gap) considera a qualidade de vida a discrepância entre as expectativas do doente relativamente às consequências da doença e aquilo que consegue efectivamente realizar em termos funcionais.

Quanto menor for a discrepância maior será a qualidade de vida. É em torno destas concepções que se estrutura a investigação da qualidade de vida, constituindo o fio condutor da análise dos diversos contextos da vida social, onde se inclui a saúde e o impacto da doença. A investigação sobre a qualidade de vida tem sido conduzida tendo em conta vários domínios e componentes propostos por inúmeras fontes, com base numa saúde e bem-estar, a educação, o crescimento económico associado ao rendimento *per capita*, habitação, água potável e saneamento básico.

Neste particular, o Relatório do PNUD (1994)⁵⁶ debruça-se sobre três variáveis de três domínios da qualidade de vida que considera básicos do desenvolvimento humano: A longevidade, medida pela esperança de vida; os conhecimentos, medidos pela combinação da alfabetização de adultos e a média dos anos de escolaridade; o padrão de vida, medido pelo poder de compra baseado no Produto Interno Bruto Real *per capita* ajustado aos custos de vida local (paridade com o poder de compra).

Foram identificados⁵ quinze domínios que se podem agrupar nas seguintes categorias: bem-estar físico, material e social, relações com as outras pessoas, desenvolvimento e realização pessoal, comunidade, actividades cívicas e recreação.

Nesta perspectiva podem ser considerados dois grandes aspectos da qualidade de vida:

Os aspectos ambientais da qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada com a saúde.



Os aspectos ambientais abrangeriam entre outros os seguintes componentes: Qualidade do ar e da água, escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio económico e espírito comunitário.

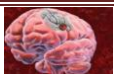
A investigação da qualidade de vida relacionada com a saúde centra a sua análise nos seguintes componentes: capacidade/disponibilidade física, estado psicológico, estatuto social.

A qualidade de vida, quando analisada nos cuidados de saúde, deve ser avaliada em termos de saúde física, saúde psicológica, nível de autonomia e relações sociais.

Assim, considera-se⁵ que a qualidade de vida abrange cinco categorias: duração de vida, limitações, estados funcionais, percepções e oportunidades funcionais.

O número de domínios e componentes relevantes na análise da qualidade de vida é variável, frequentemente extenso e dependente quer dos objectivos propostos quer do nível de análise. A pluralidade de domínios e de categorias emergentes das concepções de qualidade de vida reflectem o nível de aprofundamento de uma investigação e a concepção subjacente ao conceito de qualidade de vida. Por isso, cada investigador tende a interpretar o sentido da qualidade de vida de modo diferente, sendo frequente encontrar estudos onde a expressão qualidade de vida surge sem referência ao seu conceito. Apesar disso, tem sido realizado um trabalho de sistematização do conceito de qualidade de vida, visando a estruturação e a medição das variáveis pertinentes para a sua análise. Neste sentido, define-se⁵ Qualidade de vida como bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença. Esta definição está muito próxima da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 1948.

A qualidade de vida tem sido também definida como a avaliação subjectiva do indivíduo no que se refere ao grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios de vida. Numa perspectiva mais holística, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)⁵⁰ explicita que a qualidade de vida está relacionada com diversas áreas de preocupação social, categorizadas em oito grandes grupos que representam a estrutura de bem-estar nos seus aspectos fundamentais da vida individual e social.

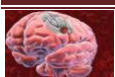


Neste contexto, a saúde, a educação e aquisição de conhecimentos, emprego e condições de trabalho, tempos livres e ócio, capacidade para adquirir bens e serviços (rendimento), meio físico, meio social e segurança, são domínios da qualidade de vida que, traduzíveis em indicadores concretos, avaliam os níveis de qualidade de vida das pessoas e das populações.

A saúde é uma dimensão comum a todos os conceitos de qualidade de vida. Ela surge como uma das dimensões determinantes do conceito e da investigação da qualidade de vida. É neste sentido que se relaciona a qualidade de vida com o efeito funcional de uma doença e do tratamento, tal como é percebido pelo doente. Assim, é compreensível que, neste contexto, a qualidade de vida se relacione especificamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequelas, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana, tal como é percebida ao nível dos aspectos relacionados com a sintomatologia depressiva, da mobilidade, dor, sono, reacções emocionais, energia e isolamento social.

A qualidade de vida é uma dimensão cada vez mais estudada nos cuidados de saúde e importante nas intervenções médicas, no sentido em que o seu impacto tem resultados diferentes no bem-estar do doente, independentemente dos possíveis efeitos semelhantes nos parâmetros biológicos. A investigação tem demonstrado que embora os resultados específicos da intervenção médica na doença possam ser idênticos, como, por exemplo, a redução da hipertensão arterial, os efeitos na qualidade de vida dos doentes possam ser muito diferentes. No estudo de Campbell, Converse e Rodgers² domínio "saúde" é um dos doze domínios avaliados e o que apresenta maior correlação com o resultado total da qualidade de vida e, por isso, provavelmente, o domínio que melhor a explica.

Considera-se que a qualidade de vida está a tornar-se numa medida da eficácia da intervenção em cuidados de saúde, corroborando a perspectiva atrás referida que a saúde é provavelmente o domínio mais importante para a qualidade de vida da pessoa. A investigação sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde centra-se nas limitações físicas, psíquicas e sociais, ou seja, o modo como uma doença específica, por exemplo o aneurisma cerebral roto, afecta a qualidade de vida do doente e seus familiares. Então, neste caso, será mais apropriado designar-se qualidade de vida

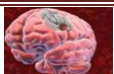


relacionada com a doença em vez de qualidade de vida relacionada com a saúde, isto porque, quando se avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde, a investigação tem de incluir itens relacionados com o estado da doença em geral, enquanto, no caso de uma doença específica os itens terão que referir-se às características dessa doença em concreto.

A investigação sobre a qualidade de vida relacionada com qualquer acidente vascular cerebral hemorrágico deve, por isso, considerar as características desta doença, os seus impactos na vida pessoal, familiar e social e, finalmente, as características sócio - demográficas dos doentes e seus prestadores informais de cuidados, daqui em diante designados por prestador (es).

A HSA. é uma causa importante de elevadas taxas de mortalidade, deficiências, de incapacidades e um problema relevante dos cuidados de saúde pública na maioria dos países, embora 22% dos doentes não sejam sujeitos a internamento hospitalar⁵⁴. Trata-se de uma patologia de etiopatogenia diversa, com múltiplos sinais sintomas, isolados ou em conjunto, de instalação súbita e, quase sempre, com uma aparência catastrófica para os doentes e seus familiares.

Caracteriza-se pela lesão de parte ou partes do cérebro associada a alterações da irrigação sanguínea, provocando deterioração das funções físicas e mentais controladas anátomo - funcionalmente pela região atingida. Esta deterioração tem impactos de gravidade diferente na saúde individual, familiar e social. Estes impactos na saúde estão também associados à qualidade de vida do doente e do seu prestador. Ao nível dos impactos na saúde das populações, dos grupos e dos indivíduos, a HSA é uma causa mais importante de mortalidade, embora estas taxas apresentem algum declínio. Também a perda de capacidade funcional e as elevadas incapacidades tornam-na num problema de saúde pública muito actual. Grande parte da investigação desta doença está centrada sobre a sua etiopatogenia, num esforço para determinar os factores de risco associados, sendo já conhecidos um grande número deles, tendo em conta as elevadas taxas de mortalidade, a incidência e a prevalência da HSA. Contudo, existe uma outra perspectiva de investigação, **menos** explorada entre nós e que se debruça no prognóstico da doença, isto é, sobre os danos físicos, intelectuais, psicológicos e sociais e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida do doente.



As repercussões da HSA vão para além da determinação dos danos acima referidos e da qualidade de vida destes doentes. Quando um episódio de HSA atinge um dos membros da família, as implicações sócio – familiares são variadíssimas, afectando a qualidade de vida de toda a família, nomeadamente dos prestadores, podendo ter consequências e níveis de gravidade diferentes na saúde destes. Assim, parece ser muito importante definir as consequências mais importantes da HSA que afectam especificamente a qualidade de vida e a sintomatologia do doente e do prestador.

DEFICIÊNCIAS, INCAPACIDADES E PREJUÍZOS PÓS – HSA

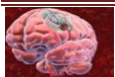
Vários estudos sugerem que as deficiências, as incapacidades físicas, psíquicas e as desvantagens do doente são um determinante *major* das alterações da sua qualidade de vida e da do prestador^{14,17,48,52}.

As características da HSA estão associadas aos diferentes tipos de deficiências e de incapacidades. Estas, por sua vez, têm pesos diferentes nas desvantagens e na determinação da sintomatologia depressiva³⁸ e da percepção da qualidade de vida do doente e do seu prestador.

Deste modo, a HSA desencadeia um conjunto de impactos circuncêntricos, sucessivos e inter-associados, em que a sintomatologia depressiva e a percepção da qualidade de vida do doente e do prestador ocupam os círculos exteriores.

No contexto destes impactos importa definir as deficiências, as incapacidades e as desvantagens, para melhor se determinar a sua associação com a qualidade de vida do doente e do seu prestador.

A deficiência é qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. Caracteriza-se por perdas ou alterações temporárias ou permanentes e inclui a existência ou o aparecimento de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrutura do corpo, ou um defeito de um sistema funcional ou mecanismo do corpo, incluindo o próprio sistema do funcionamento mental. São os danos ocorridos nas células cerebrais, as paralisias, as perdas de sensibilidade, os estados de confusão mental, as alterações do humor, de memória, entre outras. Normalmente, podem ser tipificadas em deficiências físicas e deficiências mentais.



A característica principal da incapacidade é a sua expressão na realidade, isto é, interfere nas actividades da vida diária, como sejam o vestir, cuidar da higiene pessoal e da alimentação, comunicar verbalmente e caminhar sem apoio. Pode resultar directamente de uma deficiência, como também da própria resposta que o indivíduo dá à sua deficiência²⁶.

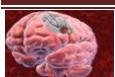
O prejuízo ou *handicap* traduz-se num impedimento do indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal, levando em consideração a idade, o sexo e factores socioeconómicos e culturais²⁶. Refere-se às implicações sociais duma incapacidade ou deficiência. Um doente com HSA independente na cadeira de rodas e recuperado cognitivamente pode não regressar ao trabalho porque não há elevador ou quarto de banho acessível. Neste caso, o sobrevivente é privado do trabalho, não por causa da perda de capacidade para o trabalho, mas porque há uma barreira ambiental que o coloca numa posição de prejuízo.

Estes conceitos fornecem uma orientação importante para determinar o âmbito dos múltiplos e complexos impactos da HSA ao nível físico e psíquico do indivíduo e da família. Cada um destes conceitos aglutina um número significativo de dimensões que devem ser mensuráveis para que seja determinado a sua frequência e o seu peso na associação com outras variáveis resultantes da HSA.

Vários estudos têm colocado em evidência o peso da HSA nas deficiências, nas incapacidades e na sintomatologia depressiva, embora se encontre alguma heterogeneidade quanto ao tipo de estudo, tipo de deficiências em análise e tipo de instrumentos de avaliação utilizados.

Do conjunto das deficiências e incapacidades pós – HSA, a sintomatologia depressiva e as limitações no desempenho das actividades da vida diária, como o caminhar, cuidar da higiene pessoal e da alimentação, são aquelas que maiores implicações negativas têm na qualidade de vida do doente e do prestador. A sintomatologia depressiva, onde se enquadram os aspectos emocionais, afectivos, motivacionais, assim como a ansiedade e o stress, é uma das sequelas importantes da HSA.

Estudos sobre sintomatologia depressiva referem prevalências durante o internamento e até aos 3 meses entre os 16% e os 25%. Nestes estudos, aos 6 meses pós – HSA, a

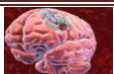


prevalência varia entre os 50% e os 53% e aos 12 meses varia entre 36% e os 42%. Ainda outros estudos encontraram prevalências de sintomatologia depressiva semelhantes, no momento da alta, que variam entre 16%, 18% e 25%, diminuindo após um ano para 12%, mas três anos depois 25% dos sobreviventes voltam a apresentar sintomas de depressão.

Um outro estudo de base ²⁷ hospitalar encontrou 28% de doentes com incapacidades cognitivas, 23% apresentaram valores sugestivos de sintomatologia depressiva e 19% estavam ansiosos. De facto, a sintomatologia depressiva é também uma consequência importante da HSA influenciando a recuperação e a qualidade de vida do doente e do prestador. Algumas alterações emocionais, como o desenvolvimento de uma pequena discórdia ou capricho ou a recusa do doente em se alimentar, conduzem frequentemente a estados de ansiedade, stress, desgaste emocional e isolamento entre o doente e o prestador tornando-se a relação um fardo difícil de suportar. Por isso, os prestadores preocupam-se com o declínio da sua própria saúde e com o efeito que esta situação possa acarretar na sua capacidade de realizar as tarefas essenciais ao familiar que recebe os cuidados ³⁵.

A prestação de cuidados pode também ter influência nas relações sociais e interpessoais. Os tempos livres e as actividades de lazeres são restringidos e os prestadores sentem-se socialmente isolados e sozinhos. Os conflitos com outros membros da família também costumam ocorrer, relativamente às responsabilidades e deveres que a situação implica ³⁵. As perturbações relativas ao padrão normal de sono, falta de apetite e queixas psicossomáticas são igualmente frequentes e surgem associados à sobrecarga presente nos prestadores ³⁷. Movimentos como levantar, transportar objectos e outras exigências relativas a certos aspectos da prestação de cuidados podem causar problemas físicos.

Muitos prestadores têm pouca ou nenhuma experiência nestas tarefas e não estão conscientes, muitas vezes, ou desconhecem, as técnicas mais adequadas a determinados aspectos relativos específicos da prestação de cuidados. Nesta linha de pesquisa, alguns estudos referem que a seguir ao episódio hemorrágico surge uma mudança, geralmente para pior, nos níveis de integração social dos doentes e dos prestadores ^{58,59}.



Mais especificamente, quer uns quer outros tendiam a ter uma diminuição na quantidade e qualidade das actividades, especialmente nas actividades de tempos livres realizadas fora de casa. Os níveis de integração social reduzem-se a contactos esporádicos com familiares e vizinhos.

Por isso, os tempos livres têm sido associados à satisfação com a vida e estudados extensivamente podem tornar-se numa variável útil para o estudo da qualidade de vida destes doentes pós episódio.

Assiste-se então a uma redução das actividades físicas e de ocupação dos tempos livres, mais vincada até aos 3 meses.

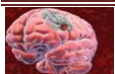
Mas, um ano após a HSA, muitos dos doentes sobreviventes já consegue realizar algumas actividades sozinhas ou irem de férias³⁵. A capacidade de integração a nível familiar é outra indicadora do impacto da HSA, sendo a participação, o envolvimento na vida familiar e a qualidade da actividade sexual algumas das dimensões utilizadas para avaliar a integração no contexto familiar.

De facto, após a HSA a dinâmica familiar tem tendência a alterar-se, havendo muitas vezes necessidade de alteração dos papéis desempenhados na estrutura da família.

Vários estudos²⁶ têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontecem na maior parte dos casos de milhares de doentes dependentes, frequentemente sofrem alterações adversas em várias e importantes áreas da sua vida: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, ao nível físico e psíquico.

Este conjunto de impactos negativos, frequentemente vivido num complexo contexto de preocupação constante, conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduz a situações de percepção da baixa qualidade da saúde física e psíquica entre os prestadores.

Um estudo realizado em Espanha²¹ refere que a prestação de cuidados a familiares incapacitados constitui uma sobrecarga física e psicológica e que depressão é, efectivamente, uma alteração da saúde que frequentemente ocorre nessa situação. As pesquisas actuais sobre a situação de saúde dos prestadores de cuidados a familiares idosos e/ou doentes já não se centram exclusivamente nas exigências objectivas, ou



seja, na quantidade de tempo gasto na prestação, dinheiro gasto nos cuidados, problemas de comportamento do doente, disrupção da vida social e isolamento, mas também nos aspectos percebidos da prestação de cuidados como os estados emocionais e de ansiedade no acto de cuidar e as estratégias de “coping” adoptadas⁵⁹.

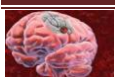
A sobrecarga objectiva estará basicamente relacionada com a situação de doença/dependência, com o tipo de cuidados necessários e com as repercussões da situação na vida do prestador em termos de saúde, emprego, vida social e aspectos financeiros. Esta sobrecarga resultará, por seu lado, da resposta emocional do prestador a toda a situação, incluindo a forma como ele sente a situação de sobrecarga e o seu grau de desânimo, ansiedade ou depressão⁵⁵.

Outros estudos apontam também para que uma grande parte do *stress* associado à situação de prestar cuidados a um familiar doente, terá menos relação com a quantidade de tarefas objectivas ou com o grau de dependência física ou mental do que propriamente com os elementos emocionais da situação e a forma como ela é percebida pelas partes envolvidas e em especial pelo prestador de saúde²⁷.

Nesta perspectiva, a avaliação da situação por parte da pessoa depende em boa medida do significado pessoal que atribui ao que vai acontecendo, em função de características mais ou menos estáveis da sua personalidade, mas que ainda assim é objecto de uma constante procura de mudança e reformulação, como resultado de mudanças no meio ambiente ou da relação da pessoa com esse meio, variando também as suas formas de se relacionar com a situação em cada momento.

Deverá ser à luz destas características que o impacto dos acontecimentos do quotidiano, associado à adaptação, à doença e ao esforço de prestação de cuidados poderá ser compreendido⁵⁹. Por isso, transpondo-se este modelo para a questão da sobrecarga dos prestadores, a situação não se poderá avaliar apenas com base na natureza dos factores ou acontecimentos em si mesmo, mas antes através da percepção que cada indivíduo tem acerca deles.

Assim, factores como a idade, o género, a raça, o grupo étnico, o tipo de relações prévias e a rede social de apoio têm de ser tidos em consideração para a compreensão da problemática e para a definição de linhas gerais de investigação a nível do indivíduo



e família. Nesta análise tem que se ter em conta o conjunto das percepções pessoais resultantes dos vários elementos da situação, independentemente das suas raízes étnicas ou culturais⁶⁰.

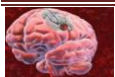
Uma série de investigadores tem começado a examinar os efeitos do apoio social nas vítimas da HSA. Por exemplo, a maioria dos sobreviventes da HSA são capazes de continuar a viver na comunidade com o apoio de um prestador⁶⁰. Estes dados apontam para uma relação significativa entre incapacidade e apoio social, demonstrando a existência de uma relação entre a:

Taxa de progresso na reabilitação de HSA e maior empatia na família

Torna-se claro que quer o apoio social da família, de amigos e da própria comunidade quer a possível existência de uma relação afectiva íntima, têm uma eficácia de protecção contra os efeitos psicossociais negativos do acidente cerebrovascular. Da mesma forma, torna-se evidente que um suporte social inadequado ou a sua inexistência conduz muitas vezes ao isolamento constituindo-se, pois, como factor de risco nos efeitos pós – HSA. Mas exigências, tais como prover ajuda nas actividades da vida diária, podem conduzir a elevados níveis de responsabilidade entre os prestadores, encargo este que está relacionado com problemas físicos, isolamento social e sofrimento emocional.

Um estudo²⁷ realizado a nível europeu sobre a responsabilidade familiar pelos dependentes idosos das comunidades europeias, refere que por toda a Europa a família é o centro da responsabilidade pelos idosos dependentes, quaisquer que sejam as estruturas familiares, sociais e sócio – políticas de um País.

Este facto é ignorado pela **opinião pública**, incluindo as próprias pessoas que prestam cuidados, apesar de existirem convicções estereotipadas da existência de um não compromisso familiar face aos ascendentes dependentes e dos sinais de tomada de consciência por parte dos responsáveis pelas decisões sócio – políticas, da necessidade de aplicação de medidas que apoiem, este tipo de produção familiar, ou seja, a tomada de consciência na implementação de medidas de apoio à família enquanto produtora de bens e serviços de suporte aos cuidados informais necessários aos doentes que sofreram um acidente cerebrovascular.



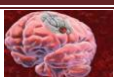
A agravar a preocupação sobre a prestação de cuidados está a mudança na estrutura familiar no conjunto dos países europeus, com a passagem de um modelo de coabitação dos diversos membros do grupo, para um modelo de não coabitação da parte dos filhos que deixam a casa dos pais entre os 16 e 24 anos.

Por último, as incapacidades motoras são uma resultante importante da HSA, na medida em interferem com o quotidiano (independência/dependência) do doente e do seu prestador. Em Portugal os Censos de 1991 revelam que o número médio de pessoas por agregado familiar é de 3,1 e nos Censos de 2001 o número baixou para um valor médio de 2,8 pessoas por agregado, deixando perceber uma mudança na estrutura familiar portuguesa. Cumulativamente, as tarefas de prestação de cuidados têm tendência a tornarem-se um esforço de longa duração, se associarmos o facto de as pessoas viverem mais tempo, mas potencialmente com mais incapacidades. Estes aspectos têm merecido a atenção das políticas nacionais de saúde, sobretudo aquelas que dizem respeito aos cuidados continuados aos doentes crónicos e, especificamente, às repercussões sócio – familiares do acidente cerebrovascular. Após o acidente cerebrovascular verifica-se uma deterioração das condições sociais das famílias, sendo a qualidade de vida ou satisfação com a vida gravemente afectada.

A dinâmica familiar tem tendência a alterar-se relacionando-se por outro lado com uma necessidade de alteração dos papéis sociais desempenhados, de tal forma que passam a ser os cônjuges e/ou os filhos a cuidarem dos doentes, num momento em que a maioria deles tem responsabilidades no que respeita ao trabalho e a outros domínios da vida familiar e social. A relação com o cônjuge é mais afectada, pois este terá de tomar para si todas as responsabilidades referentes à gestão da casa e às actividades sociais do quotidiano.

A prevalência de acidente cerebrovascular, associada à co-morbilidade e ao envelhecimento populacional e as mudanças das características das famílias, irão provavelmente fazer aumentar as exigências feitas pelos prestadores relativamente aos serviços prestadores de cuidados, fazendo aumentar a responsabilidade da comunidade, no que se refere à diversificação e aprofundamento dos serviços de apoio sociais e sanitários a fornecer pós - alta no domicílio.

No domínio destas exigências está a necessidade de um melhor acompanhamento



com programas de apoio social para os doentes e prestadores, um maior rigor na vigilância dos sintomas de degradação da saúde da família quando têm que cuidar de um doente incapacitado, pois afecta a saúde física e psíquica do prestador e de outros familiares.

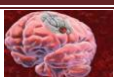
Também os trabalhos sobre as complicações físicas e psíquicas pós – HSA e a sua associação com a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida do paciente concluem, invariavelmente, pela importância e necessidade de se fornecer informação acerca das características da HSA, suporte emocional aos prestadores e doentes, suporte instrumental aos cuidados informais, tais como ajudas técnicas, apoio económico e apoio domiciliário nas suas diferentes valências.

Com este propósito, alguns estudos referem que a sintomatologia depressiva evidenciada pelos doentes diminui com acções de informação e aconselhamento conduzido pelos diversos peritos de saúde, tais como médicos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros. Neste sentido, aponta-se para a necessidade da existência de programas de informação para os doentes acerca das características da HSA e das implicações no seu quotidiano, pois estes tendem a evidenciar ao longo do tempo, melhor satisfação com a vida e com a compreensão das situações quotidianas relacionadas com a doença e melhor satisfação com os serviços prestados⁷⁰.

Os estudos que visam avaliar os efeitos destas intervenções na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida dos pacientes são reduzidos e, para além disso, os desenhos destas investigações diferem quanto ao processo de selecção e tamanho das amostras, quanto aos tipos de intervenção, quanto aos tempos de avaliação e quanto às escalas usadas na medição das variáveis de resultado. Apesar destas limitações os resultados já observados sugerem a necessidade de se continuar a aprofundar quer os procedimentos de intervenção quer a uniformização das variáveis de resultado em análise e instrumentos de medida.

É neste contexto⁶⁹ que a acção de encorajamento para o restabelecimento social da vida quotidiana, desenvolvidas com serviços de ajuda, informações e aconselhamento reduzem o risco de sintomatologia depressiva nos pacientes e também o risco de surgirem baixos níveis de qualidade de vida.

É com base nestes achados que os especialistas e técnicos de saúde afirmam que informação é um factor importante, para melhorar a percepção da qualidade de vida,



para reduzir os níveis de ansiedade, stress e sobrecarga para o prestador⁶⁸.

Contudo, será necessário ter em atenção que transmitir de forma não controlada a informação, pode não ser suficiente para se compreender as condições de adaptação necessárias à vida pessoal, familiar e sociais pós – HSA.

Dentro desta perspectiva os estudos que avaliam intervenções com grupos controlados por randomização, referem associações significativas relativamente satisfação com o conhecimento obtido acerca da HSA., nos doentes sujeitos a programas de educação ou de informação. Em resumo, tendo em conta a elevada prevalência da perturbação da qualidade de vida dos doentes pós HSA., já conhecida em estudos realizados internacionalmente fez despertar o nosso interesse e a necessidade de avaliar esta situação, denotando uma preocupação pelo conhecimento e importância deste fenómeno em Portugal, como um verdadeiro problema de Saúde Pública.

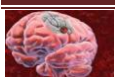
Em concreto, a prestação de cuidados aos doentes com HSA e a continuidade dos cuidados de saúde pós - alta é um domínio das políticas de saúde que está a merecer uma atenção recente e crescente entre nós.

QUALIDADE DE VIDA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Muitos dos doentes pós HSA são cuidados pelos familiares, os quais têm de suportar o impacto desta doença no seu quotidiano percebido como devastador. Os membros da família mais chegados, particularmente esposas e filho (s) adultos, têm maior tendência a dar assistência aos doentes com HSA mais idosos com necessidades físicas e psíquicas do que os outros membros da família.

A prestação de cuidados, quer seja feita por envolvimento emocional e afectivo, por uma questão de responsabilidade sentida como uma obrigação para restabelecer a igualdade de reciprocidade das relações interpessoais e inter-geracionais, por compaixão, por culpa, pela expectativa de recompensa ou por uma complexa combinação de factores, pode ter uma variedade de efeitos.

Cuidar de um doente portador de acidente cerebrovascular envolve um conjunto de tarefas, associadas às dependências resultantes das sequelas físicas e psíquicas em que a componente sócio - emocional de relação interpessoal com o doente é determinante.



Neste sentido, a prestação de cuidados é algo extremamente exigente e emocionalmente desgastante quando associado às incapacidades e perturbações emocionais do doente.

O conjunto destes problemas associados às características do episódio em si afecta as actividades sociais da família e dos seus elementos, sobretudo os mais próximos no parentesco, ao nível das relações interpessoais, amizades, intimidade, liberdade, actividades de ócio e no trabalho, introduzindo na dinâmica familiar novos desafios.

A prestação de cuidados envolve, na maioria das situações, um comprometimento a longo prazo, o qual desgasta os recursos físicos e emocionais do prestador de cuidados.

Um dos factores que contribui para essa situação é a incerteza, relativamente à evolução da doença e ao Impacto quotidiano das tarefas de cuidar. Como o estado de saúde do doente que recebe os cuidados tem, ou pode ter, tendência a piorar, novas exigências são remetidas ao prestador que, por sua vez, geralmente necessita de modificar certos aspectos na sua relação.

NESTA PERSPECTIVA, ORIENTOU-SE O TRABALHO EM DUAS VERTENTES

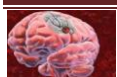
Uma vertente clínica, que versa a análise de todos os dados obtidos numa perspectiva pré e pós cirúrgica, após o internamento na enfermaria de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, dos doentes vítimas de HSA por ruptura aneurismática.

Outra perspectiva é analisar, numa situação de alta hospitalar, toda a sequela residual inerente ao episódio, sempre orientada para uma qualidade de vida que se deseja a mais próxima da normalidade e, consequências a nível neurofuncional, neuropsicológico e dificuldades adjacentes ou residuais.

3.B. Objectivos

Os objectivos principais são:

- ✓ Avaliar a qualidade de vida de doentes vítimas desta patologia pré - post - evento. QUALY PRÉ-POST-EVENTO.



- ✓ Identificar e avaliar, considerando a vertente de qualidade de vida as sequelas consequentes do episódio, não menosprezando qualquer prazo. Tentar correlacionar quais poderão ter sido os principais factores a desencadear o seu problema vascular e nessa perspectiva, poder desenvolver estratégias futuras de decisão ao nível da prevenção.

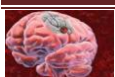
- ✓ Identificar factores com significado prognóstico para o aparecimento de complicações na HSA: sexo, idade, grau clínico, padrão de hemorragia no TAC, tabagismo, stress, alcoolismo, e HTA, no sentido de definir estratégias de prevenção.

- ✓ Da análise dos dados obtidos pretende-se sistematizar medidas preventivas.

- ✓ Finalmente, pretender-se-á perceber se depois do tratamento efectuado quais as dificuldades que poderão vir a ter para um desempenho normal das suas actividades diárias e sociais no que diz respeito às limitações físicas e psíquicas.

O estudo clínico teve como base os casos de HSA espontânea, internados nos Serviços de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, HUC e foi aprovado pela Comissão de Ética dos HUC, sendo obtido em todos, o consentimento escrito dos doentes ou de familiares no caso de não serem capazes de o decidirem por si devido à sua situação clínica ou de instrução (Doc. em anexo), tendo sempre veiculada uma informação “ de modo simples, inteligível e leal”, conforme prática corrente e de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei nº 97/94, de 09 de Abril de 1994.

Foram dados ao doente vários questionários tanto de índole clínico como referente à sua qualidade de vida presente para resposta. Nos questionários sobre qualidade de vida, houve participação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.



IV. CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

4. A. Material e Métodos

METODOLOGIA

Escolha do tema:

A HSA é um evento catastrófico com uma morbi/mortalidade alta entre os sobreviventes. Somente cerca de 33% dos pacientes acometidos recuperam uma boa qualidade de vida após o episódio. O seu diagnóstico precoce e tratamento adequado em centros de referência têm influenciado o prognóstico.

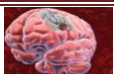
O trabalho faz uma revisão do tema sendo intenção assinalar a importância na prática médica e na sociedade em geral.

Tratando-se de um tema de discussão e preocupação **actual**, cativante para um profissional inserido no meio onde ele é estudado ou intervencionado, poderá contribuir para uma discussão proveitosa em termos científicos. Este número apresentado a trabalho estatístico foi o resultado de envio de 310 inquéritos a doentes, vindo-se a atingir um número de 151 respostas, o que constitui uma amostra significativa da população em estudo, considerando dois períodos importantes, a saber;

1 - O período de pré – internamento e internamento, incluindo a passagem por outros Hospitais e pelo Serviço de Urgências dos HUC, onde o doente era inicialmente avaliado em termos clínicos e classificado pelas escalas “outcome” de Glasgow (GOS) e de Hunt e Hess (H-H), procurando determinar-se o dia concreto da hemorragia, sintomatologia associada pré e pós evento (cefaleia, existência ou não de lipotímia, náuseas, vômitos, cefaleia sentinela), factores desencadeantes, antecedentes familiares e pessoais.

Os pacientes foram avaliados no momento do internamento hospitalar quanto ao grau de comprometimento neurológico clínico, por meio da escala de Hunt-Hess (H-H).

Estas avaliações tiveram como objectivo caracterizar o quadro neurológico clínico do paciente sendo identificado a localização do aneurisma (vaso comprometido), hemisfério cerebral comprometido, idade, sexo, qualidade de vida pré e pós evento.



2 - Pós alta, já no seu domicílio dando-se relevo à sua dependência ou independência e à sua qualidade de vida.

Importância do estudo:

Crê-se por bem salientar que o autor tem a consciência de que poderá de alguma maneira não só avivar e consciencializar os profissionais de saúde para o problema actual dos aneurismas cerebrais rotos, como, em termos estatísticos, acrescentar mais algum dado que no futuro possa vir a tornar-se relevante.

Critérios de Inclusão e exclusão

Critério de inclusão

A HSA aneurismática

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes de ambos os sexos que apresentaram HSA de origem traumática, história prévia de HSA ou qualquer tipo de compromisso neurológico anterior ao episódio.

4. B. Análise Descritiva

Para se comparar os scores de Estado de Saúde foi usado o questionário ^(SF-36v2) fornecido pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e o questionário sobre avaliação de Ganhos em Saúde ^(EQ - 5D) igualmente fornecido pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

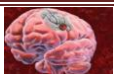
Foi ainda utilizado um questionário clínico especialmente adaptado a perdas em saúde relativo a estes anteriores questionários.

Para a análise estatística foi utilizado o programa de qualidade de vida utilizado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Os *outputs* dos resultados foram obtidos no *package* estatístico SPSS 17.0.

Desenho do Estudo:

Tratou-se de um estudo com componente **Descritiva**, na medida em que se analisou o



passado e hábitos do doente e também o poderemos considerar possuidor de uma componente **transversal**, na medida em que se avalia a qualidade de vida em função dos vários parâmetros a estudar num determinado momento.

Mesmo não sendo de carácter obrigatório, dado o objectivo do estudo, foi necessário recorrer a um historial clínico mínimo do doente no que concerne a factores passíveis de influenciar o resultado final.

Pretende-se proceder a uma análise preliminar dos dados, evidenciando as principais características e propriedades da amostra.

Para tal, recorre-se ao cálculo de características da amostra usando tabelas e representações gráficas.

Procedeu-se à análise dos dados com o objectivo de perceber a importância dos factores de risco, na ocorrência de HSA provocada por rotura aneurismática.

Foram analisadas nove variáveis qualitativas (Sexo, tabaco, HTA, Aneurisma, Vasospasmo, Hemorragia, Retoma de actividade e Sintomatologia), e uma variável quantitativa relativamente à Idade para fornecer um estudo mais coeso na interpretação dos dados.

A amostra foi de 151 doentes sendo 63 indivíduos do *género masculino* e 88 indivíduos do *género feminino* com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos (G2).

O estudo refere-se a doentes com data do evento compreendida entre os *anos de 2005 e 2009*.

Os períodos que serviram de base ao estudo vão desde a data do evento até 12 meses após a alta hospitalar.

Local:

Hospitais da Universidade de Coimbra. - Serviço Neurocirurgia

Aspectos éticos da pesquisa:

Os procedimentos seguidos nesta pesquisa estão de acordo com os padrões éticos do Comité de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra.



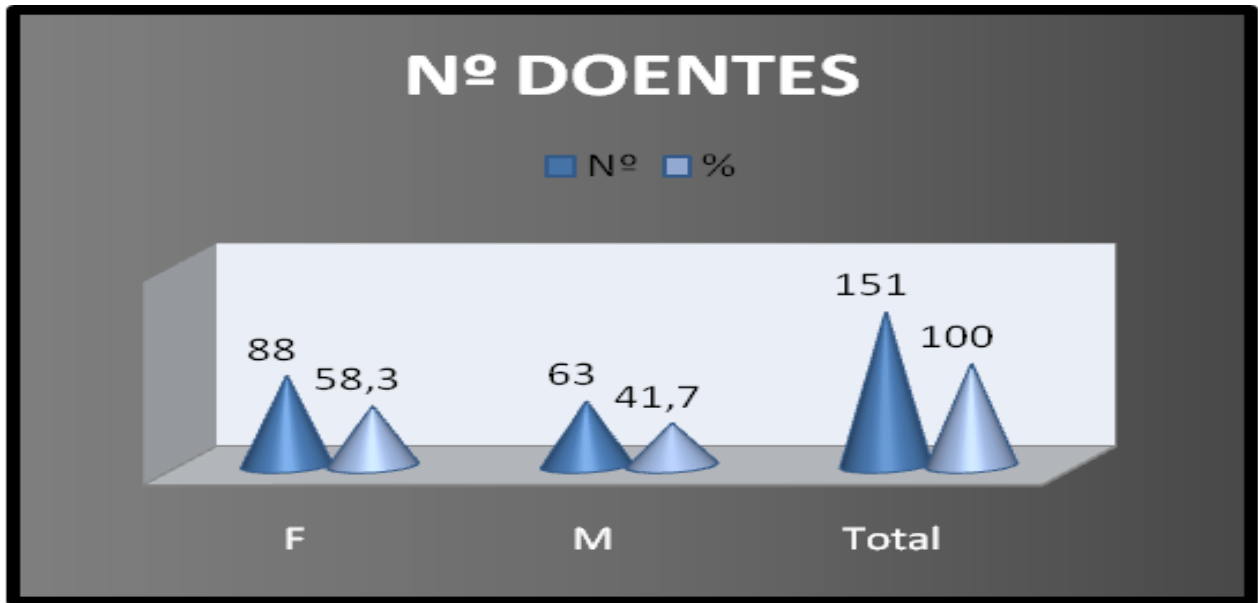


Gráfico 2 – Sexo – Nº + %

Procedeu-se à análise (G2) isolada dos indivíduos do género feminino e do género masculino e, posteriormente, à análise conjunta, numa tentativa de interpretar a relação do género com o objectivo do estudo (importância dos factores de risco, na ocorrência de episódio de aneurisma cerebral roto).

No estudo deu-se importância às variáveis **sexo e idade** e principalmente a dois factores de risco considerados importantes como sendo **o tabaco e a hipertensão**. Pretende-se proceder a uma análise preliminar dos dados, evidenciando as principais características e propriedades da amostra recorrendo, para tal, ao cálculo de características amostrais e a representações gráficas dos dados.

Para as variáveis discretas (qualitativas do tipo nominal), a única medida que faz sentido calcular é a moda. Para as variáveis contínuas (quantitativas do tipo escalar), é possível determinar as várias medidas de localização (média, mediana, moda, mínimo, máximo, quartis), de dispersão (variância, desvio-padrão, range, dispersão inter-quartis), de assimetria e de achatamento.

No estudo em causa para não o tornar fastidioso e de fácil leitura para profissionais de saúde achou-se por bem a interpretação das tabelas e gráficos obtidos pós questionários.



4.C. Apresentação de Resultados

Analisando os dados percebe-se que se está perante uma ligeira maioria de indivíduos em estudo do sexo feminino, que não existe uma grande diferença nas frequências absolutas dos indivíduos hipertensos e não hipertensos e dos indivíduos que fumam e que não fumam, embora se note uma evolução enorme quanto ao seu consumo/sexo, não em termos diferenciais, mas, de evolução histórica de hábitos. Está-se perante uma distribuição *Bimodal*, correspondendo essa medida de localização às variáveis *Fumar e Sexo*.

No que concerne às características da amostra, (58,3%) doentes eram do género feminino e (41,7%) do género masculino o que pode demonstrar desde já o não desfasamento existente na população alvo. (G2)

A idade avançada é reconhecida como indicador de um mau prognóstico na HSA. É um factor de risco contínuo aumentando significativamente acima dos 60 anos⁷¹. A média global do estudo em termos de idade foi aproximadamente de 52 anos (<18 – 88>) o que é ligeiramente inferior à média encontrada na maioria dos países com estudos anteriormente desenvolvidos.

Observa-se que o sentido que leva esta média de idade está numa curva descendente, ou seja, pressente-se que esta patologia cada vez mais seja frequente em pessoas de idade cada vez mais baixa independentemente agora, também, do sexo. A incidência de vasospasmo sintomático, em virtude da redução da reserva cerebrovascular.

Além disso, a severidade da hipertensão aumenta com o avanço da idade pelo endurecimento das paredes das artérias e a elevação da pressão arterial que está intimamente relacionada com a severidade da HSA⁷¹.

Relativamente ao factor desencadeante de HSA (G3,T6) a maioria dos doentes não apresentou nenhum factor que motivasse o episódio, no entanto, juntando estes dados a outro factor (sintomatologia anterior) pode-se verificar que também uma parcela ainda maior de doentes sabia que poderia eventualmente estar em situação de risco, muito embora, não directamente para a patologia sofrida.

Com efeito, cefaleias diárias predominam maioritariamente nestes doentes, para além dos riscos cardiovasculares conjuntos, com grande ênfase ao consumo de tabaco, hoje



um problema acrescido dado verificar-se um aumento cada vez maior nas classes etárias mais baixas verificando-se um alinhamento a dois no que se refere ao sexo. Relativamente a este item, a maioria dos doentes não refere qualquer acto ou situação de responsabilidade (50%), havendo no entanto um número razoável de doentes (17%) que refere o factor físico o que leva ligeiramente ao encontro da hora de apresentação às urgências hospitalares (T6).

FACTORES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
ACORDAR	9	6,0	6,0
CEFALEIA SENTINELA	5	3,3	9,3
DEFECAÇÃO	5	3,3	12,6
EMOÇÃO	7	4,6	17,2
ESFORÇO FISICO	25	16,6	33,8
ETILISMO	1	0,7	34,5
NENHUM	76	50,3	84,8
SEXO	15	9,9	94,7
SONO	8	5,3	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 6 – Factor desencadeante de HSA – %

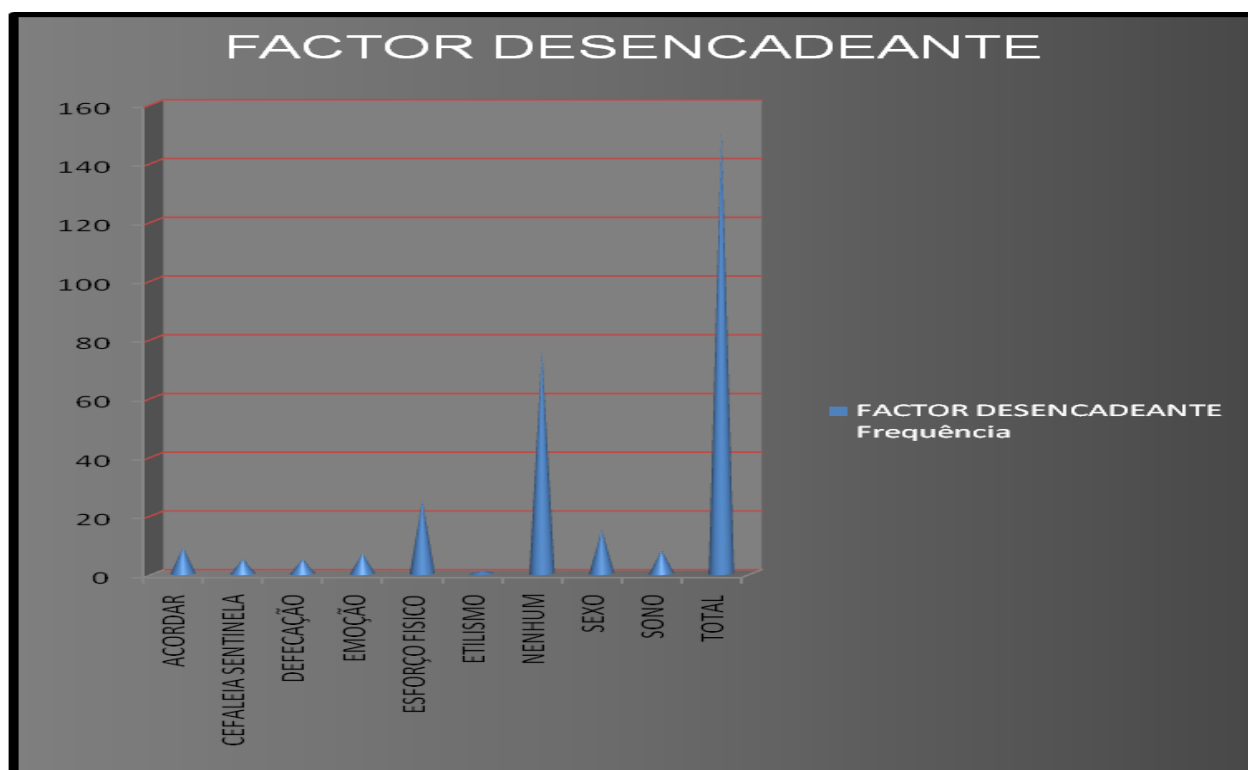
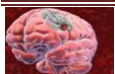


Gráfico 3 – Factor desencadeante de HSA – %



A hora de maior proveniência destes doentes foi mais comum no horário dito diário, ou seja, o correspondente ao período compreendido entre as 8 horas da manhã e as 19 horas da tarde o que de uma maneira geral corresponderá a uma maior predisposição física, intelectual ou psíquica (G4).

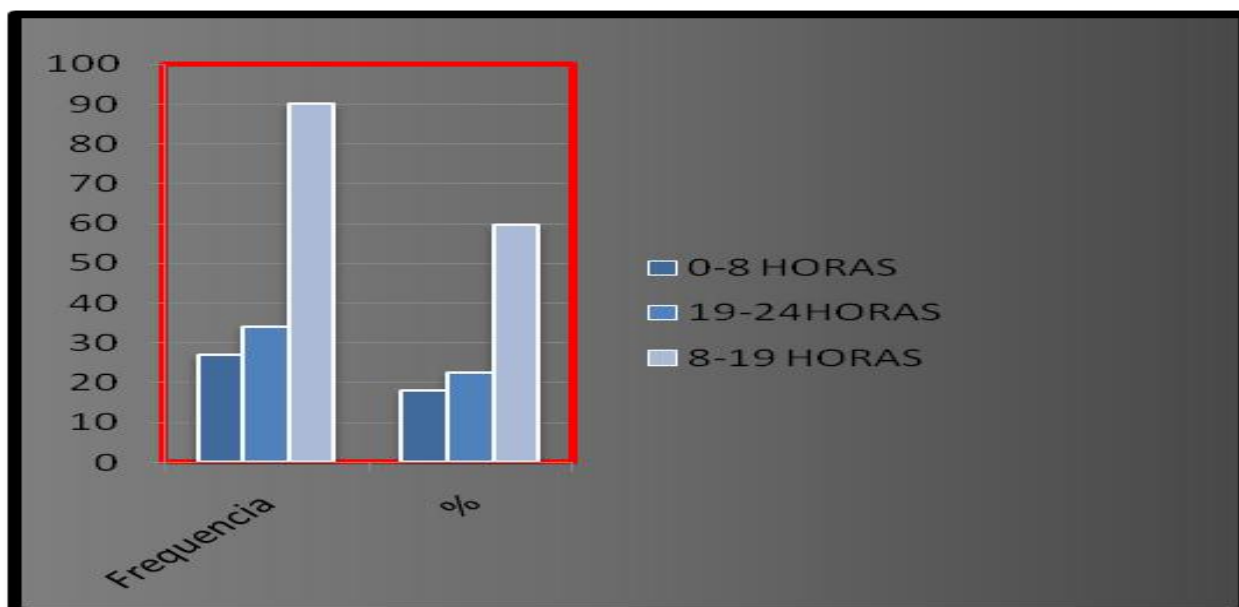


Gráfico 4 – Frequência – Urgência

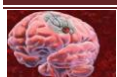
	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
CEFALEIAS	101	29,1	29,1
HTA+DIABETES	4	4,6	37,7
DIABETES+DISLIPIDEMIA+HTA	11	6,6	53,6
HTA + DISLIPIDÉMIA	6	5,3	72,8
HTA	29	18,9	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 7 – Sintomatologia HSA

Relativamente à HTA (T7) encontra-se uma análise curiosa e que vai contrária a todos os estudos realizados no exterior, pois na amostra esta revela-se pouco significativa.

Ou seja, presumia-se à partida relativamente a este factor de risco números muito significativos o que não veio a acontecer, de todo.

Sugerindo-se alguns factores ligados à sua ruptura como a hipertensão arterial (HTA), o hábito de fumar, o consumo de drogas e álcool, o stress, os contraceptivos orais, o parto e os esforços físicos em geral (exercício, defecação, coito, tosse, etc.) contudo,



numa grande percentagem das hemorragias por aneurismas, não se identifica um factor determinado. A HTA segue em linha de perfeita equivalência com outros FR. assinalados. No gráfico (6) pode e deve-se chamar à atenção para o nº de fumadoras já a aproximar-se assustadoramente do sexo oposto quando se pensava que os hábitos tabagísticos eram até há bem pouco tempo confinados aos doentes masculinos.

Verifica-se portanto quanto a este (FR). que não existe em termos de sexo, grande diferença nas frequências absolutas dos indivíduos que fumam (M-41,F29) e não fumam.

Trata-se de uma distribuição uni-modal, correspondendo essa localização à variável principal – TABACO.

Este parece um dado importante dado ser sinónimo de alterações patológicas diversas numa próxima década.

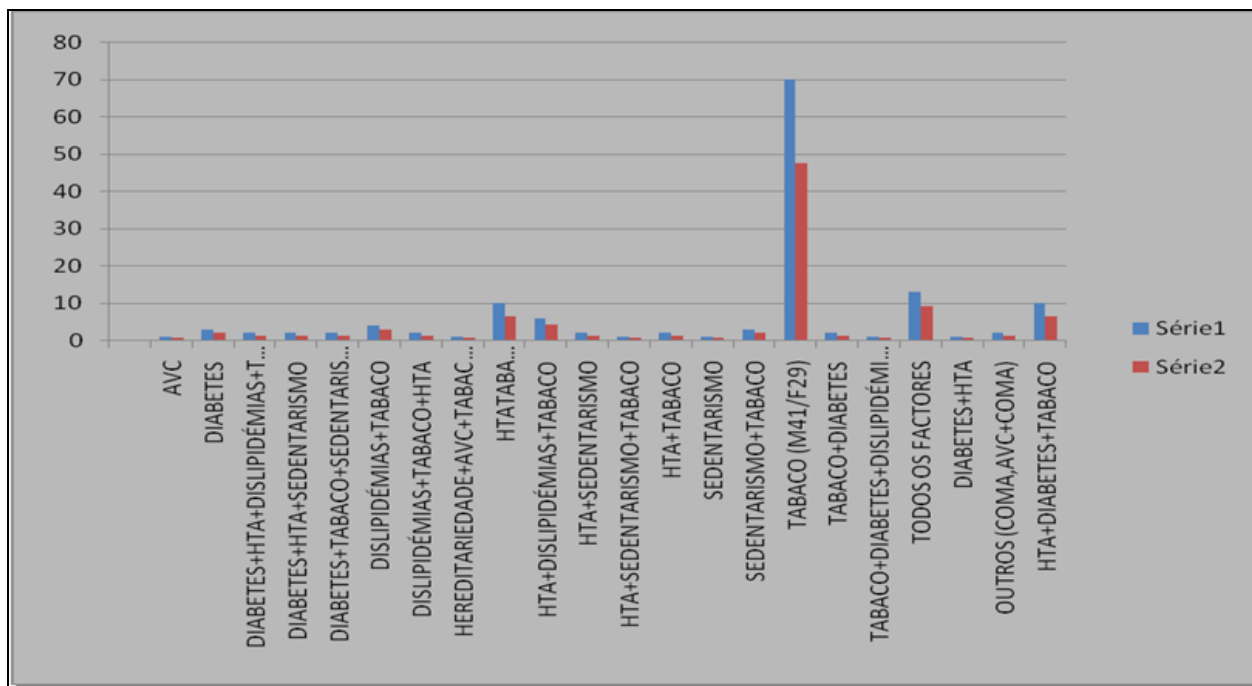
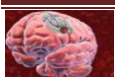


Gráfico 5 – Patologias associadas e Factores de risco - MASCULINO / FEMININO

Relativamente à localização do aneurisma, a maior incidência de aneurismas verificou-se na parte anterior do polígono de Willis com maior incidência na artéria cerebral média (ACM), comunicante anterior (COA) corroborando em grande parte os casos descritos na literatura neurocirúrgica (Fig3).



Nº	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
1	123	81,4	81,4
2	22	14,6	96,0
3	5	3,3	99,3
4	1	0,7	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 8 – Existência de Aneurisma – Quantidade

Na maioria dos casos relativos aos doentes entrevistados eles foram portadores de um a dois aneurismas.

Sobre o estado prévio ao episódio (T8) a grande maioria apresentava uma situação relativamente à patologia em causa, dentro dos parâmetros estatísticos usuais, ou seja, a maioria encontrava-se a fazer a sua vida normal.

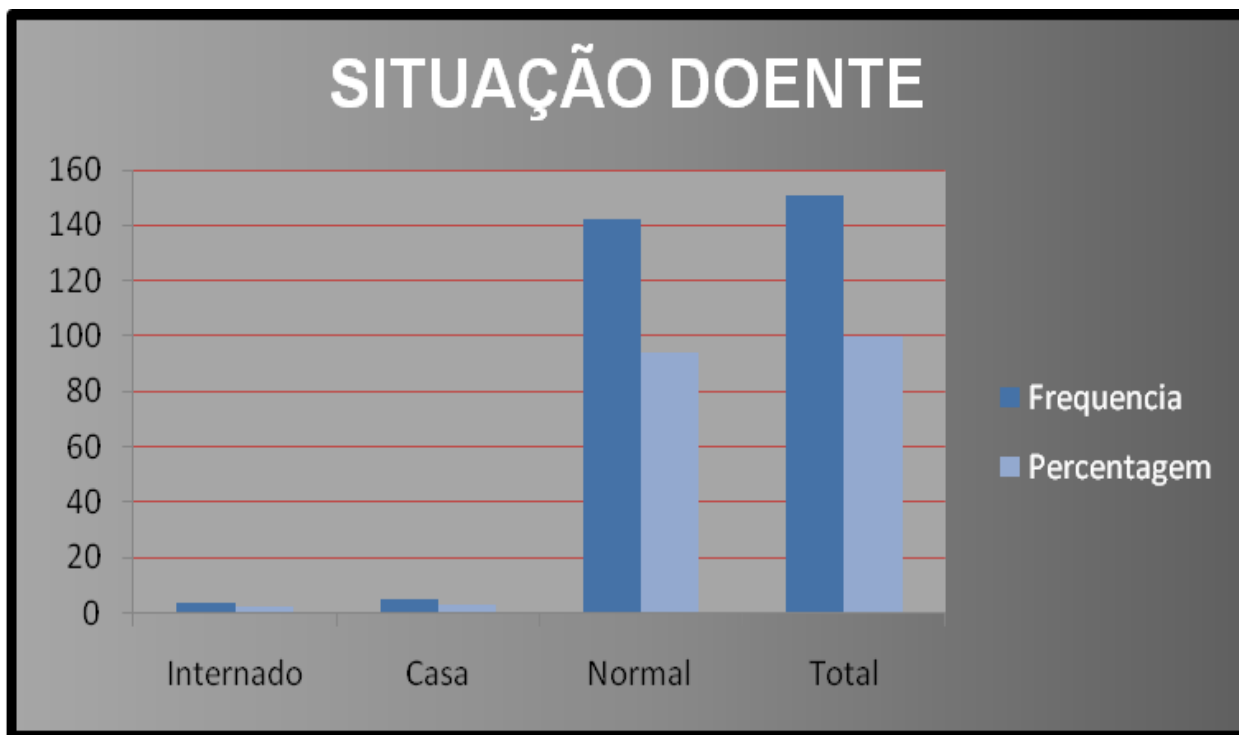


Gráfico 6 – Situação do doente pré evento

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
CASA+SUPERVISÃO	4	2,6	2,6
INTERNADO	5	3,3	5,9
NORMAL	142	94,1	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 9 – Estado Clínico Prévio %



A principal manifestação clínica em cerca de 80% dos casos caracterizava-se por cefaleia intensa de início súbito associado a náuseas e vômitos, definida pelo paciente como “a pior cefaleia da sua vida” muitas vezes precedida por uma dor branda definida como cefaleia sentinela, a qual ocorreu em 15-43% dos casos.

À entrada na urgência um número significativo de doentes não apresentava lateralização motora (T10) o que para diagnóstico final seria favorável, não só no aspecto de sobre vida ao episódio como ao não compromisso funcional severo facilitar o processo de reabilitação futuro.

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
NÃO	129	84,8	84,8
SIM	22	15,2	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 10 – Lateralização

Na avaliação do prognóstico funcional do paciente à chegada a maioria dos doentes apresentava-se em Hunt Hess de grau 2 e 3. (G7,T11).

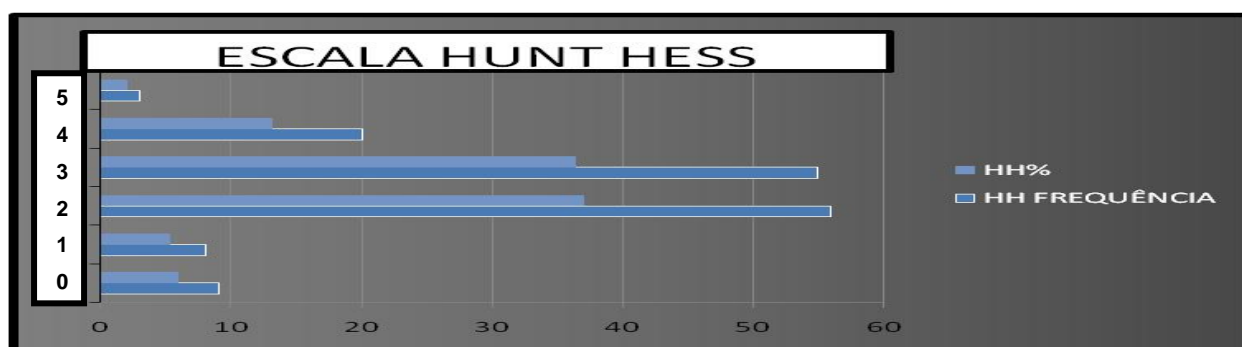
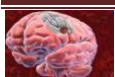


Gráfico 7 – Escala Hunt Hess – % + FRQ

GRAU	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
0	9	6,0	6,0
1	8	5,3	11,3
2	56	37,1	48,4
3	55	36,4	84,8
4	20	13,2	98,0
5	3	2,0	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 11 – Escala Hunt Hess – Resultados



A existência de aneurisma e hemorragia de início associada verificou-se na totalidade dos doentes seleccionados para estudo, tendo para o efeito sido utilizada a escala de Fisher. (G8,T12)

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
SEM SANGUE - TAC	3	3,2	3,2
CAMADAS DIFUSAS <1 mm	20	13,2	16,4
COÁGULO LOCAL. E/OU CAMADA VERTICAL > = 1 mm	99	65,6	82,0
COÁGULO INTRA/CEREBRAL /VENTRIC.C/SEM HSA	30	18,0	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 12 – Escala de Fisher – Resultados

Nesta escala verificou-se que uma grande maioria eram camadas de sangue difusas ou verticais perfeitamente localizadas e com dimensões iguais ou superiores a 1mm de espessura (G8).

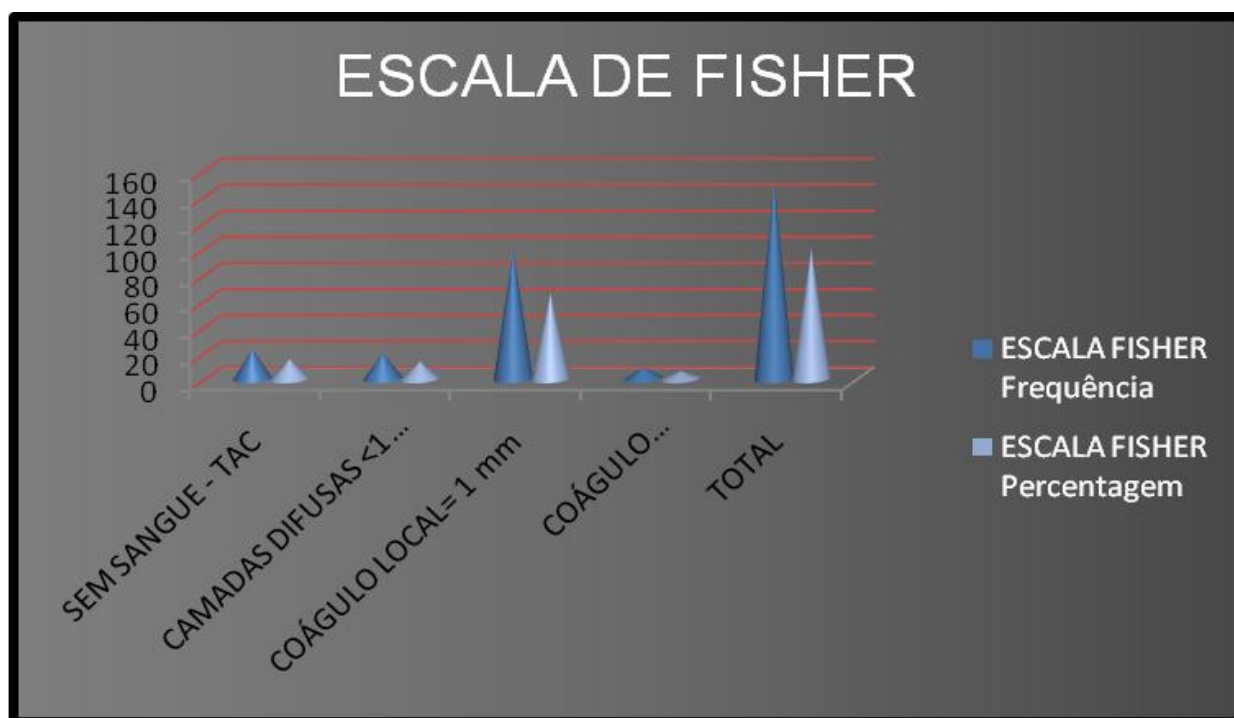
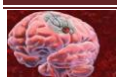


Gráfico 8 – Escala Fisher – %

No presente estudo, exceptuando 4 doentes (Intervenção endovascular) (T16), todos os restantes foram operados.



Todos os doentes realizaram TAC à entrada (G9,T13) e quase todos angiografia (T14) numa fase próxima.

Dos doentes que efectuaram TAC a esmagadora maioria efectuou AngioTAC associada ao exame em causa.

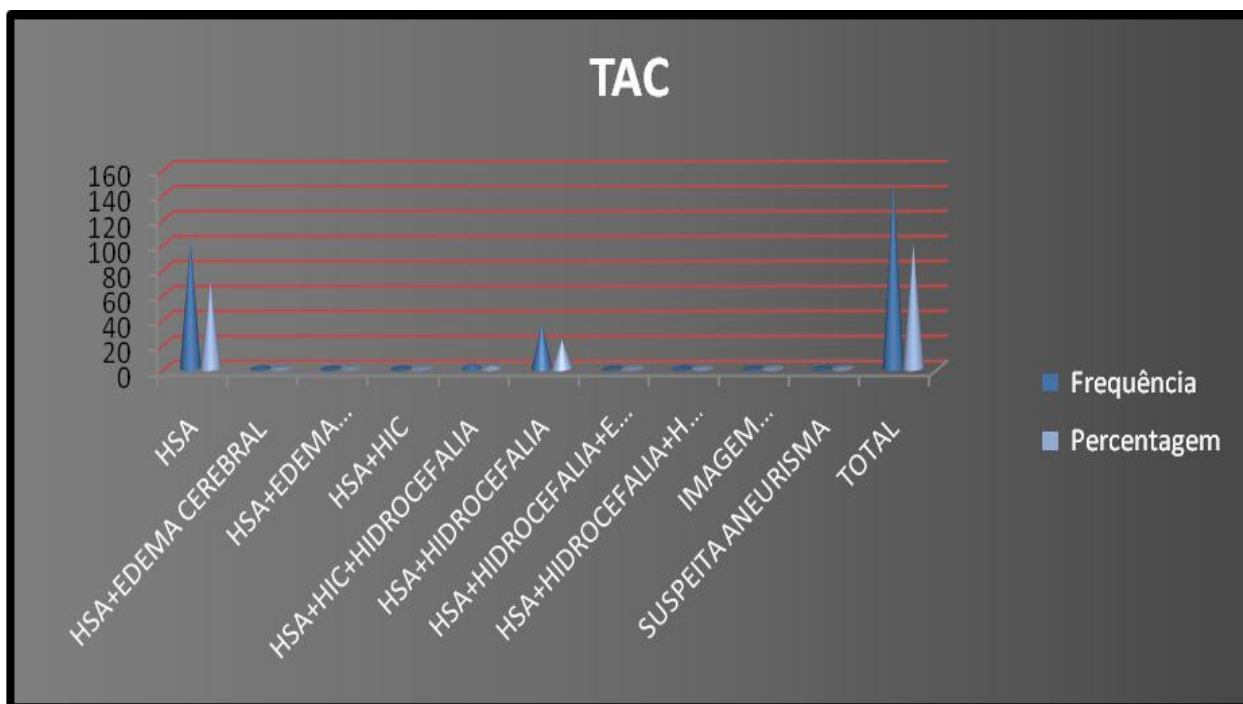
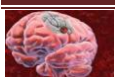


Gráfico 9 – TAC – Urgência – %

A totalidade revelou existência de HSA, ou HSA juntamente com hidrocefalia, sendo como focado atrás importante para este estudo, só os episódios com rotura.

	Frequência	Percentagem	Valor Acumulado
HSA	104	68,9	68,9
HSA+EDEMA CEREBRAL	2	1,3	70,2
HSA+EDEMA CEREBRAL+HIV	1	0,7	70,9
HSA+HIC	1	0,7	71,6
HSA+HIC+HIDROCEFALIA	4	2,6	74,2
HSA+HIDROCEFALIA	35	23,0	97,2
HSA+HIDROCEFALIA+E. CEREBRAL	1	0,7	97,9
HSA+HIDROCEFALIA+HIV	1	0,7	98,6
IMAGEM ANEURISMA+HSA	1	0,7	99,3
SUSPEITA ANEURISMA	1	0,7	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 13 – TAC – Urgência – %



	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
NÃO	10	6,6	6,6
SIM	141	93,4	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 14 – Realização de Angiografia (Entrada/Pré cirurgia)

Relativamente à presença de aneurisma roto verificou-se a que a maioria apresentava dimensões entre 5,1 e 25mm, o que irá demonstrar numa fase posterior a gravidade do episódio. (G10,T15).

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
<5 mm	11	7,3	7,3
5.1-10 mm	70	46,4	53,6
10,1-25 mm	64	42,4	96,0
>25,1 mm	3	2,0	98,0
OUTROS	3	2,0	100,0

Tabela 15 – Dimensões – Aneurisma

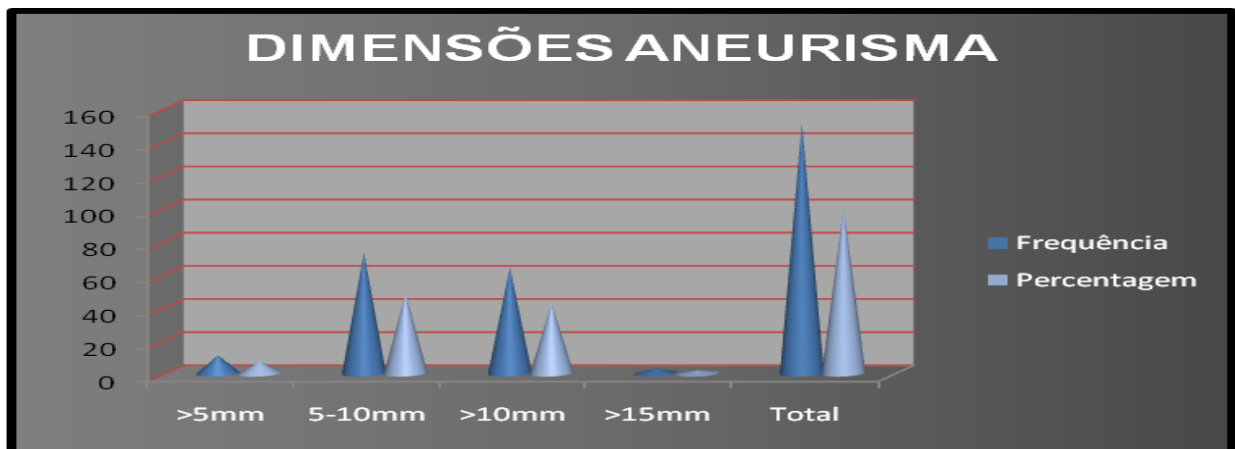
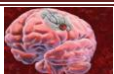


Gráfico 10 – Dimensões Aneurisma – %

Destes doentes somente quatro (T16) não foram operados mas sim encaminhados para intervenção endovascular.

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
NÃO	4	2,6	2,6
SIM	147	97,4	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 16 – Acto cirúrgico



Sobre esta possibilidade, tem o autor presente que se houvessem outras condições logísticas no serviço de Imagiologia em termos de intervenção na altura em que estes eventos que motivaram este estudo aconteceram, provavelmente alguns desses doentes poderiam numa primeira fase terem passado por essa técnica que embora invasiva (embolização por micro-coil's) se tem mostrado igualmente de sucesso.

Relativamente aos resultados com associação à qualidade de vida, de importância vital neste trabalho, procurou-se distinguir desde logo, a sua situação antes e pós evento.

A HSA é uma entidade catastrófica com alto grau de mortalidade. O seu diagnóstico diferencial é importante nas emergências clínicas onde geralmente são avaliados inicialmente.

Se no que se refere ao pré evento muito já se falou, importa salientar através do grau evolutivo destes doentes estudados, quanto á perspectiva de vida futura dentro de um patamar digno de condições básicas de vida. Para isso, nas indicações gerais de saúde levou-se em consideração a mobilidade, a facilidade de realização de cuidados pessoais, as actividades diárias, a dor/mal-estar, a ansiedade/depressão e a sintomatologia de HSA anterior e posterior ao episódio.

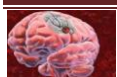
Como se pode verificar, a maioria dos doentes estudados evoluiu de uma forma satisfatória ao longo de duas etapas de tempo definidos à partida.

Fase inicial (T_{17}) e 6 meses decorridos pós evento, ou seja, estando fora da subjectiva percentagem de 1/3 que por norma não contribui para o conhecimento do evoluir desta patologia, 109 doentes numa fase inicial mostrarem ser capazes de desempenharem as actividades mais básicas o que relativamente a esta patologia se pode considerar um bom resultado no que as condições de vida diz respeito.

RECUPERAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
NÃO	42	27,8	27,8
PARCIAL	84	55,6	83,4
TOTAL	25	16,6	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 17 -Retoma actividade – Fase inicial

Como verificaremos numa fase mais adiantada e já com a preciosa ajuda dos



prestadores de serviços de saúde, esse número atinge um valor bastante mais satisfatório de 137 doentes, sendo que a maioria retornou às suas actividades normais conforme (T17 e 18). O número em que a recuperação não evolui pode-se, dado o adiantar do evento, dar como perdido em termos de futuros ganhos de qualidade acentuada de vida.

RECUPERAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
NÃO	14	9,3	9,3
PARCIAL	66	43,7	53,0
TOTAL	71	47,0	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 18 – Actividade – 6 Meses

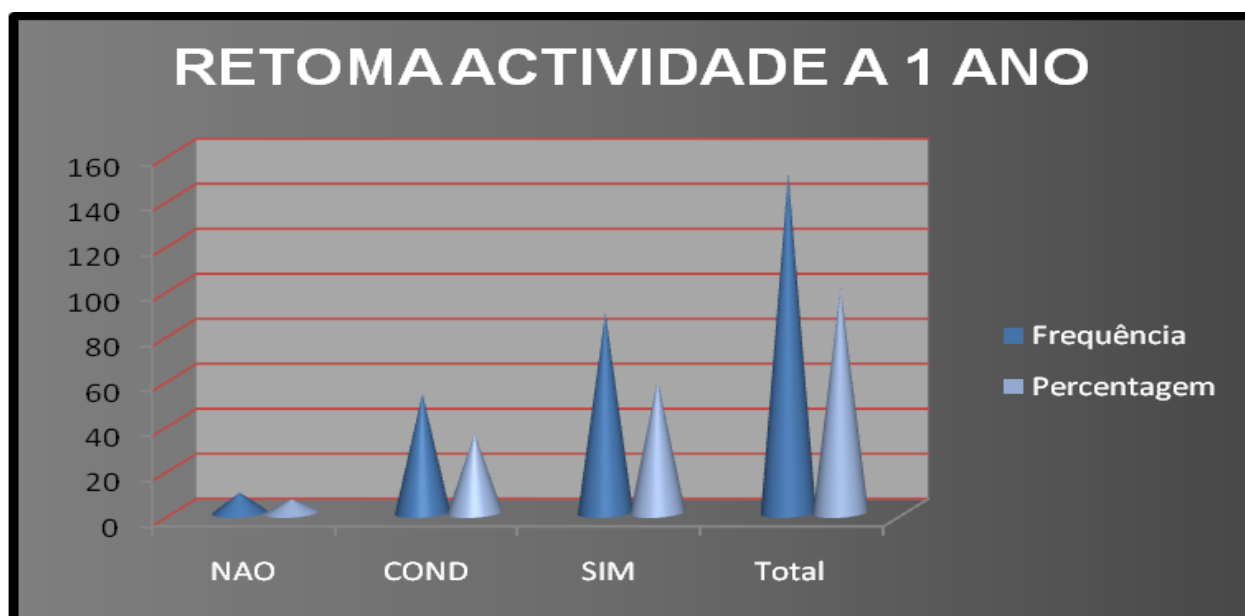
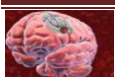


Gráfico 11 – Retoma Actividade a 1 ano – %

Os (FR) neste item não foram realizados uma vez que anteriormente já foram focados.

– A mobilidade associámo-la às actividades físicas e não as distinguimos, dado que importa neste estudo verificar se elas eram relevantes ou comprometedoras em termos diários. O levantamento da mobilidade em geral considerou as dificuldades em andar ou a imobilização.



- Nos cuidados pessoais considerou-se se o doente tinha problemas em cuidar de si próprio ou se necessitava de alguma ajuda.
- Em relação à dor e mal-estar achou-se por bem saber distinguir antes e depois do episódio o grau de intensidade da dor, nomeadamente qual a queixa mais frequente.
- Sobre a ansiedade e depressão, tentou-se avaliar os níveis de ansiedade utilizando-se para o efeito vários scores. Os níveis de ansiedade e depressão são excelentes indicadores numa avaliação.
- Na sintomatologia as cefaleias são generalizadas antes do episódio e nalguns casos Pós operatórios, se bem que, menos frequentes e de menor intensidade.

Considerou-se ainda a retoma diária da actividade normal após saída do hospital, 6 meses depois do episódio e retoma de actividade pós primeiro ano de incidente.

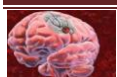
A tabela 19 ajuda-nos de uma maneira simples, a compreender quais os ganhos relativos a qualidade de vida destes doentes.

	TOTAL	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
TRANSIÇÃO EM SAÚDE	151	1,00	5,00	2,5894	0,81871
FUNÇÃO FÍSICA	151	0,00	100,00	67,2848	30,88546
DESEMPENHO FÍSICO	151	25,00	93,75	62,2517	14,62875
DOR FÍSICA	151	12,00	100,00	88,4901	20,51174
SAÚDE EM GERAL	151	0,00	87,00	42,0662	15,57120
VITALIDADE	151	0,00	100,00	64,8675	22,53846
FUNÇÃO SOCIAL	151	25,00	62,50	48,7583	5,15489
DESEMPENHO EMOCIONAL	151	16,67	100,00	57,8918	19,57389
SAÚDE MENTAL	151	0,00	100,00	42,3046	20,96060

Tabela 19 – Estatística descritiva

- Entre o evento e um ano decorrido, a transição em saúde encontra-se num nível médio, o que voltando a repetir dada a gravidade do evento inicial e posterior recuperação é de todo um valor assinalável, aliás, mais de dois terços vê a sua função, desempenho físico e vitalidade evoluir satisfatoriamente e ao mesmo nível.

O doente não deixa totalmente de ter ou apresentar dor, estando o seu estado de saúde a um nível aproximadamente médio. É na perspectiva psíquica que o doente apresenta níveis mais baixos de recuperação, estando necessariamente presentes as depressões difíceis de ultrapassar devido ao trauma passado neste tipo de doença.



Um ano decorrido após evento grande parte dos doentes fazem uma vida já normal.

	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM %	VALOR ACUMULADO
DESEMPREGADO	1	0,7	0,7
DOMÉSTICO	62	41,1	41,7
EMPREGADO	68	45,0	86,8
INACTIVO	1	0,7	87,4
REFORMADO ACTIVO	15	9,9	97,4
REFORMADO INACTIVO	4	2,6	100,0
TOTAL	151	100,0	

Tabela 20 – Situação Profissional

Ao falar de qualidade de vida, por meio de instrumentos estatísticos, deve-se ter sempre uma componente passível de mensuração e comparação, mesmo que se leve em conta a necessidade de revitalizar culturalmente esses instrumentos no tempo e no espaço. Todos os instrumentos utilizados devem apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações.

Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados, quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares. Validade é a propriedade de um instrumento de medir o que realmente se pretende medir.

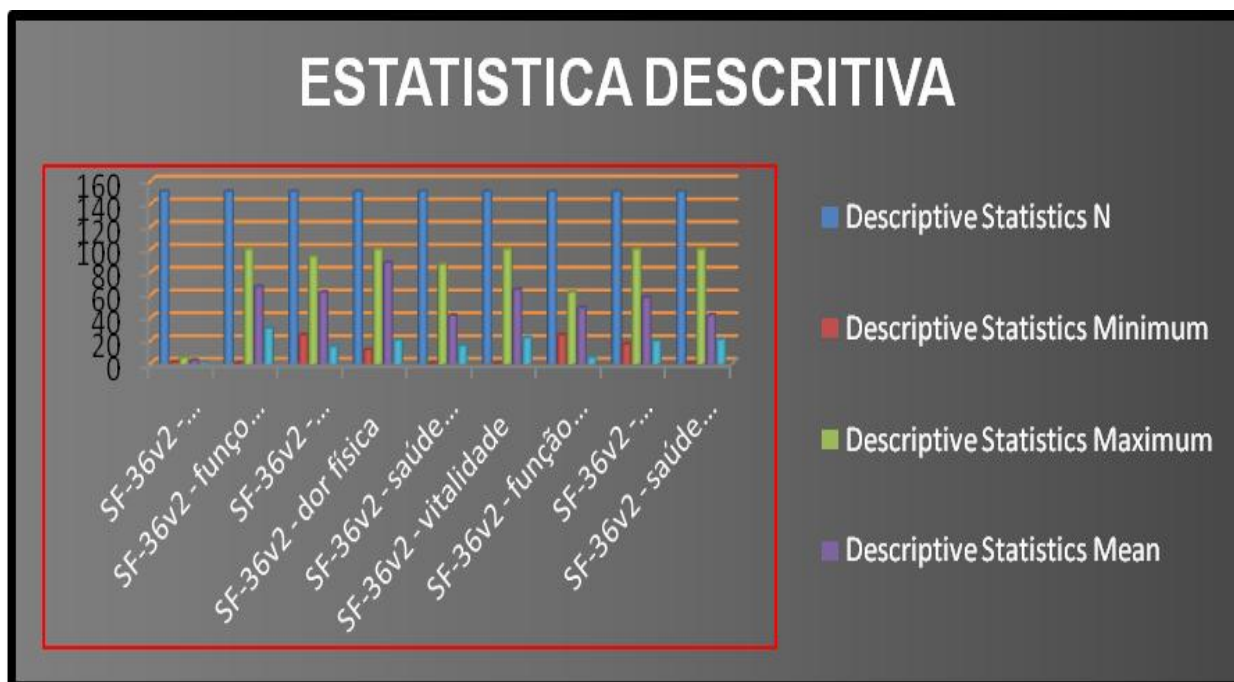


Gráfico 12 – Estatística Descritiva



Os principais tipos de validade que devem ser considerados na selecção ou construção de uma medida de qualidade de vida são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. Sensibilidade a mudanças é definida como a habilidade da escala de registar alterações devido a um tratamento ou mudanças associadas à própria história natural da doença.

V.DISSCUSSÃO

Formulação do Problema:

Foi realizado um estudo com base na análise de dados do Serviço de Neurocirurgia dos HUC no qual foram avaliados doentes internados com diagnóstico de HSA, por ruptura aneurismática no período compreendido entre 2004 e 2009.

Terminada a análise dos dados tendo sempre no pensamento que a qualidade e quantidade podem ficar aquém do esperado, e do que seria conveniente, mas deixando em destaque algumas observações:

“Os jovens cada vez morrem mais cedo vítimas de HSA, sendo que o sexo feminino numa escala etária cada vez mais baixa equipara-se definitivamente ao sexo oposto”;

“Não há uma causa única para a HSA, sendo que a combinação de dois ou mais factores de risco como por exemplo a HTA e o tabaco aumenta consideravelmente o aparecimento desta patologia ” mas também “Há tendência para o indivíduo após o incidente deixar de fumar”.

Limitações do estudo:

O número de doentes ⁽¹⁵¹⁾ submetidos a questionário poderá de alguma forma limitar ou desviar a finalidade do trabalho estatístico, no entanto, mesmo assim, parece um valor já sustentável para de alguma forma criar um ponto de partida no que se refere à discussão de dados.

Tem o autor a noção de estar perante uma patologia causada por factores de risco que muitas vezes correspondem os hábitos e estilos de vida, e que a recolha de dados em alguns casos poder ser incorrecta pois depende exclusivamente da partilha de informação dos doentes.



Como os próprios doentes sabem que estes são comportamentos pouco saudáveis, por vezes omitem dados importantes.

Por outro lado, em doentes que dão entrada no hospital em estado que os impossibilite de comunicar, esta informação pode apenas ser obtida por familiares, que por vezes também optam pela sua omissão, seja por vontade ou por desconhecimento.

Salienta-se de qualquer modo a prontidão e interesse dos doentes perante os questionários propostos, e a razoável adesão de respostas perante o número contactado inicialmente (310). (46,81%)

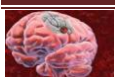
Futuros estudos devem explorar a capacidade preditiva dos resultados da reabilitação em pacientes com hemorragia subaracnóidea utilizando grupos amostrais maiores, localizar a área da lesão, aplicar instrumentos de medidas mais sensíveis e acompanhar a evolução dos pacientes a longo prazo após a reinserção dos mesmos na comunidade.

VI.CONCLUSÕES

Tema complexo, de difícil abordagem terapêutica, a HSA por ruptura de aneurisma cerebral é uma condição clínica de grande interesse para Clínicos, Neurocirurgiões, Neurologistas, Intensivistas, Neuroradiologistas, e como tal deve ser amplamente estudada.

Apesar de não ser tão frequente (8 a 16 por 100.000 habitantes), tem uma alta taxa de morbidade e mortalidade, o que por si só justificaria o seu estudo. Protocolos com a participação multidisciplinar dos especialistas envolvidos, assim como um rigoroso controlo dos pacientes através do cumprimento destes protocolos, devem ser sempre estimulados.

O tratamento desses doentes em centros de referência com aproveitamento de equipamento tecnológico de ponta, por equipas especializadas e em tempo útil, influencia o prognóstico final, não só numa perspectiva de vida, como em qualidade de vida futura. Em termos de patologia aneurismática embora os valores já sejam algo significativos, se porventura puder compara-los a outros estudos, verifica-se que o



aumento anual começa a ser preocupante.

O sexo feminino em termos de aparecimento mais precoce do evento tende a equiparar-se cada vez mais ao masculino pondo de lado o motivo hormonal como principal causa de distúrbio.

O modo de vida actual dentro da sociedade moderna da mulher e sobretudo a introdução do tabagismo cada vez mais cedo na sua vida diária, leva-nos para um repensar deste problema e achar que um estudo posterior poder vir a encontrar dados mais inquietantes e significativos no que à idade diz respeito.

Tentou-se saber e perceber até que ponto, perante um conjunto de factores de risco o doente apresentava ou não antes de o evento acontecer, predisposição para o evento e por ligação objectiva se a sua qualidade de vida estaria afectada ou não e correlacionar quais poderão ter sido os factores a desencadear o problema vascular.

Ao contrário da ideia prevalente até há poucos anos, a ocorrência de uma HSA não é necessariamente um evento único para o doente afectado. Os aneurismas parecem formar-se e romper durante a vida destes doentes e é possível que venha a estar indicada investigação periódica. Pretendeu-se saber e perceber, depois do tratamento efectuado quais as dificuldades que a patologia em causa veio a ter para um futuro desempenho normal das actividades diárias e sociais no que às limitações físicas e psíquicas diz respeito.

De uma forma geral, as doenças crónicas são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família⁷². Para haver um controle adequado das condições de saúde de indivíduos que apresentam factores de risco para HSA, não bastam apenas medidas de orientação; é preciso, também, desenvolver estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança de atitudes contributivas para o controle da doença.

As medidas de educação devem ser contínuas, visto que várias são as causas da não adesão ao tratamento, sendo uma delas a falta de motivação, podendo estar associada, principalmente, a factores externos, como carência de sistema de apoio, dificuldades financeiras e de acesso ao sistema de saúde⁷³. Dentro desse contexto, merece especial atenção as mudanças no estilo de vida tais como: diminuição do consumo de álcool e tabaco, controlo da HTA e a não utilização de drogas; essas



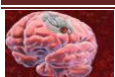
medidas nem sempre são bem aceites, causando constrangimentos e até mesmo resistência para a adesão.

Torna-se imprescindível, então, o desenvolvimento de estratégias para o controlo do problema, capazes de visarem uma melhor qualidade de vida e longevidade.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pode-se verificar que as alterações no estilo de vida do paciente reflectiram mudanças em indicadores biológicos, principalmente em relação ao tabagismo, que pode promover o alargamento de aneurismas intracranianos, por mecanismos ainda não totalmente conhecidos. Há evidência de que o tabagismo predispõe indivíduos a terem vasospasmo e aneurismas intra-cranianos múltiplos. **O tabagismo** pode representar um factor de risco modificável para a formação de aneurismas em indivíduos com alto risco, incluindo os portadores de aneurismas conhecidos ou membros de família com história de aneurisma, que terão que ser advertidos no sentido de evitarem o uso de tabaco²⁶. No entanto prevalece a ideia que possivelmente o factor determinante das melhoras biológicas até ao presente momento terá sido a cessação do fumo. Em adição, levando-se em consideração os relatos dos pacientes, vários outros aspectos de sua vida melhoraram após o abandono do vício, entre outros, os componentes nutrição e actividade física.

Entretanto, apesar de as mudanças serem notórias, pode-se perceber que em muitos casos existe receio em realizar algumas actividades, possivelmente em consequência da ocorrência da HSA. Desta forma, será necessária intervenção para contribuir para que essas barreiras sejam vencidas tornando a qualidade de vida do indivíduo cada vez melhor.

Os inúmeros problemas que afectam a qualidade de vida dos doentes com esta patologia, num país em desenvolvimento, demandam, por sua vez, respostas urgentes em diversas áreas³⁵. Concluindo, nesta obra percebe-se a que não se tendo possibilidades de prevenção dos factores de risco não modificáveis como são a história familiar de HSA e raramente doenças do colagénio como Ehlers_Danlos do tipo IV e Marfan, assume maior importância nos dias de hoje o controlo dos factores de risco modificáveis para a formação de aneurisma intracraniano e HSA (Tabaco, HTA, Consumo de álcool e drogas, nomeadamente cocaína) para uma prevenção adequada aos acidentes vasculares cerebrais.



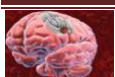
Tentou-se desenvolver e co-relacionar objectivamente os factores de risco associados para poder em estratégias futuras, trabalhar no sentido certo de minorar os efeitos/causas desta terrível patologia.

Percebe-se assim, a importância do papel dos profissionais e prestadores directos ou indirectos de saúde, ligados a estes eventos e às dificuldades presentes e futuras que os doentes enfrentam no combate diário para vencer a sua batalha.

Esteve presente ao autor desta obra, toda a problemática social, devido às dificuldades que os doentes enfrentam nas suas actividades diárias e sociais motivadas pelas limitações físicas e psíquicas.

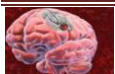
Considera-se ainda pertinente e que deveria ser aprofundado com mais cuidado em estudos futuros a comparação do tratamento cirúrgico e endovascular para esta patologia. O desenvolvimento constante dos materiais existentes e o aparecimento de outros associados a novos produtos sugerem ser cada vez mais interessante fazer esse estudo.

Considerou-se ainda de extrema importância, acções de carácter mais preventivo, principalmente no controlo de doenças crónicas. A importância do crescimento cada vez maior de situações relativas a aneurismas cerebrais rotos é crescente e pensa-se pois, com esta obra, ter dentro do que é permitido analisar, contribuído de alguma maneira para evidenciar toda a problemática actual desta patologia cerebral.

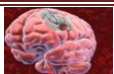


VII. BIBLIOGRAFIA

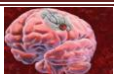
- 1 - AB Loureiro - libdigi.unicamp.br Análise dos Resultados da Reabilitação em Pacientes com Hemorragia subaracnóide aneurismática.
- 2 - A Campbell, PE Converse, WL Rodgers - 1976 the quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions.
- 3 - AE Mackenzie, AM Chang - Disability & Rehabilitation, 2002 - Predictors of quality of life following stroke
- 4 - Alves, Daniel. Qualidade de Vida pós AVC. Porto, 2003
- 5 - A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. Análise Psicológica 1994; 2-3 (XII): 179-191.
- 6 - Apud Minayo MCX, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Colet. 2005; 5(1): 7-18.
- 7 - Araújo, T. L. Maciel, I. Maciel, Silva, Z. M. *Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar*. Revista da Sociedade de Cardiologia, 2 (Suplemento A): 1-6, 1998.
- 8 - Assis, M. *O envelhecimento e suas consequências*. A saúde do idoso, a arte de cuidar. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 39-48, 1998.
- 9 - Astrom M., Asplund K., Astrom T. Psychosocial function and Life Satisfaction after Stroke. Stroke 1992; 23:527-531.
- 10 - A tribute to Dr. Fedor A. Serbinenko, founder of endovascular neurosurgery Neurosurgery. 2000 Sep; 47(3): 795.
- 11 - Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et Méthodologique de la qualité de vie liée à la santé. Rev. Prevenir 2004
- 12 - Bamford J, Dennis M, Sandercock P, Burn J, Warlow C.J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1990 Oct; 53(10):824-9. The frequency, causes and timing of death within 30 days of a first stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project.
- 13 - Barbosa, Marcos Neurocirurgia - HUC - Tese de Doutorado Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra.



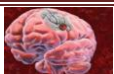
- 14 - Barbosa V. Acidentes Vasculares Cerebrais no Idoso. Geriatric, 1992.
- 15 - Beck AT. Ward CH. et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961.
- 16 - Bethoux F. et al. Quality of life of the spouses of stroke patients: a preliminary study. 1996; 19(4):291-299.
- 17 - Bonita R, Steward A, Beaglehole R. International trends in stroke mortality: 1970-1985. Stroke 1990; 21:989-992.
- 18 - Bonita R. Epidemiology of Stroke. Lancet 1992; 339:342-347.
- 19 - B Weir, M Grace, J Hansen, C Rothberg - Journal of Neurosurgery: ..., 1978 - thejns.org... vasospasm. Psychiatr Neurol Neurochir 75:411-415, 1972. Time course of vasospasm in man.
- 20 - Campbell A, Converse E, Rodgers W. The quality of American life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. Russell Sage Foundation, N Y. 1976.
- 21 - Carod-Artal, Egido Navarro et ai. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. Rev Neural 1999; 28(12): 1130-1138.
- 22 - Censos 1991 - Portugal - Saúde e Educação
- 23 - CL BAYS - The Journal of neuroscience nursing, 2001 - cat.inist.fr - Quality of life of stroke survivors: a research synthesis
- 24 - Cristino Gerardo. Complicações precoces da hemorragia subaracnóidea por ruptura de aneurisma. Aspectos diagnósticos e terapêuticos, 2003.
- 25 - C Turcato, SW Pereira, MF Ghizoni - Arquivos Catarinenses de ..., 2006 - acm.org.br - Hemorragia subaracnóide
- 26 - Department of Public Health Sciences, Guys Kings and St Thomas* School Medicine, London UK. The Impacted of Stroke. Br. Med Bull 2000.
- 27 - Direcção Geral de Saúde - Divisão de Epidemiologia e Bio-estatística, Risco de Morrer em Portugal: 1996, 1997, 1998, 1999, 2000.
- 28 - Disney et al., 1988; Broderick et al., 1993 - Role of gap junctions in early brain injury following subarachnoid...



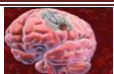
- 29 - Disney L, Weir B, Petruk K Effect on management mortality of a deliberate policy ... Neurosurgery 1988; Messeter K, Brandt L, Lunnngren B, et al. ... Vermeulen M, van Gijn J, Hijdra A, et al - Early surgery for posterior circulation aneurysms following...
- 30 - E.Nord - Social Science & Medicine,-Elsevier... Working paper. Swedish Institute of Health Economics, Lund, 1992. Int. J. Epidemiol. 1978. Kaplan RM, Bush 1. W. and Berry CC Health status index.
- 31 - Gill of the quality of quality-of-life measurements. TM, Feinstein AR. A critical appraisal - JAMA. 1994; 272:619-26.
- 32 - Grace M, et al: Relative prognostic significance of vasospasm following subarachnoid hemorrhage. Can J Neurol Sci 2:109–114, 1975. 20.
- 33 - Haley EC Jr, Kassell NF, Torner JC. The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery: the North American experience. Stroke 1992;205-214
- 34 - Harrison's Principles of Internal Medicine, McGraw Hill Interamericana do Brasil Lda. 15^a Edição, Volume II 2001.
- 35 - Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. Análise Psicológica 1994; 2-3 (XII): 179-191.
- 36 - J Basic, P Ambrosini, P Fisher, H Bird,A children's global assessment scale (CGAS)- Archives of Genera -1983 - Am Med Assoc.
- 37 - JF Mota, R Nicolato - Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2008 - Quality of life in stroke survivors: assessment instruments and their outcomes
- 38 - Jlucofobe, Haddad L. - Arquivos de Neuro - Cirurgia, 1999 - Scielo Brasil
Cognitive performance in patients with cerebral aneurysms submitted to surgery
- 39 - Juvela S. - Neurosurgery. 1992 Jan; 30(1):7-11. Minor leak before rupture of an intracranial aneurysm and subarachnoid hemorrhage of unknown etiology.
- 40 - Kaptain GJ et al. Drugs Aging. 2000. Subarachnoid hemorrhage: epidemiology, risk factors, and treatment options.
- 41 - Kivisaari RP, Salonen O, Ohman J. - Neurosurgery. 2000 May; Basal Brain injury in aneurysm surgery.



- 42 - KL Cordini, EY Oda, LM Furlanetto - J Bras Psiquiatr, 2005 - Qualidade de vida de pacientes com história prévia de acidente vascular encefálico: observação de casos.
- 43 - K Jaracz, W Kozubski - Acta Neurologica Scandinavica, 2003 - Quality of life in stroke patients-
- 44 - K Takeda, S Akira Toll receptors and pathogen resistance mssm.edu - Cellular microbiology, 2003 ...; Qureshi et al.,1999 ... tobacco N gene product was first shown to confer resistance to the tobacco mosaic virus ... (Swanek et al., 2000). ...
- 45 - MPA Fleck, OF Leal, S Louzada, M Xavier, Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life - Revista Brasileira de 1999.
- 46 - M Radanovic, M Scaff - Use of transcranial Doppler in the monitoration of cerebral vasospasm secondary to subarachnoid hemorrhage. Revista da Associação Médica Brasileira, 2001.
- 47 - M. Understanding Family Care. Open University Press-Buckingham, 1996; 193.
- 48 - National Stroke Association. The Stroke-Ahead: A Stroke Recovery Guide. 1988.
- 49 - N Mizumoto - Revista Brasileira de Anestesiologia, 1995 - Cuidados per e pós-operatórios no paciente com lesão encefálica
- 50 - OCDE. La List dês Indicateurs Sociaux. Paris; 1982.
- 51 - OCDE. La List dês Indicateurs Sociaux. Paris; 2009.
- 52 - Pablos J. El Dominio sobre lo cotidiano: La búsqueda de la calidad de vida. Revista Espaniola de Investigaciones Sociológicas. 1999; 86: 55-78.
- 53 - Pessuto, J. Carvalho, E. Factores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Revista Latino-americana de Enfermagem, 6 (1): 33-9, 1998.
- 54 - Peter R. A Long-term Follow-up of Stroke Patients. Stroke 1997; 28: 507-512.
- 55 - Population-based case-control study. Stroke. 2006; 17:831-5.
- 56 - PNUD. Relatório Desenvolvimento Humano. Tricontinental Ed; Lisboa; 2008.
- 57 - Ramires I. Reabilitação no AVC: do Hospital à Comunidade. Acta Médica Portuguesa. 1997; 10: 557-562.



- 58 - Ramussen BK, Jessen R, Schroll N, Olsen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *Epidemiology*. 1991;44:1147-5.
- 59 - Revista Espaniola de Investigaciones Sociológicas. 1999; 86: 55-78.
- 59 - Rodgers H., et al. Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke* 1999; 30:2585-2591.
- 60 - R Pablos J. El Dominio sobre lo cotidiano: La búsqueda de la calidad de vida.
- 61 - Schievink, M.D. Wouter I. Intracranial Aneurysms - *The New England Journal of a Medicin* January, 1997 Vol. 336 No. 1
- 62 - Simpson CE Jr, Diliberto RA. Granting advantages to the disadvantaged. 1991
- 63 - Stehbens we et al. *Q J Exp Physiol Cogn Med Sci*. 1963 - Endothelial "cement" in the frog
- 64 - Sudlow CL, Warlow CP. Stroke..Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. *International stroke incidence collaboration*.
- 65 - Takemae T, Branson J, Alksne J: Intimal proliferation of cerebral arteries after subarachnoid blood injection in pigs. *J Neurosurg* 45:494-500, 1984.
- 66 - Teunissen LL, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. *Stroke*. 1996. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: a systematic review.
- 67 - TM Gill, AR Feinstein - *Jama*, 1994 - Am Med Assoc A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements
- 68 - World Health Organization (WHO). *Constitution of the WHO in Basic Documents*. WHO Genève; 1948.
- 69 - Wean J., Michael P., Mark Esposito, Roberts M., Raaschou H., Olsen T. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. *Neurology* 1996;47: 388-392.
- 70 - Wade D., Lech-Smith J., Langton Hewer R. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *BJM* 1986; 239:418-420.
- 71 - Warlow C. Sandercock G. *Stroke: A practical guide to management* - Lanzino et al.



FONTES CONSULTADAS

BARBOSA, MARCOS - Neurocirurgia - Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.

GREENBERG, M.S. - Handbook of neurosurgery. 5.ed. New York, Thieme, 2001. pp.765.

JENNET, B. & BOND, M. – Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet, I:480-4, 1975.

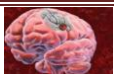
LINDEGAARD, K.F.; NORNES, H.; BAKKE, S.J.; SORTEBERG, W.; NAKSTAD, P. – Cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage investigated by means of transcranial Doppler ultrasound. Acta Neurochir, 42(suppl.):81-4, 1988.

LINN, F.H.; RINKEL, G.J.; ALGRA, A.; van GIJN, J. – Incidence of subarachnoid hemorrhage: role of region, year, and rate of computed tomography: a meta-analysis. Stroke, 27:625-9, 1996.

RINKEL, G.J.; DJIBUTI, M.; van GIJN, J. – Prevalence and risk of rupture of intracranial aneurysms: a systematic review. Stroke, 29:251-6, 1998.

SAITO, I.; UEDA, Y.; SANO, K. – Significance of vasospasm in the treatment of ruptured intracranial aneurysms. J Neurosurg, 47:412-29, 1977.

STEDMAN, T.L. - Dicionário médico. 25ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,1996. 1657p.



ANEXOS -

QUESTIONÁRIOS

CONSENTIMENTO ASSINADO

PARECER ORIENTADOR

