



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Estudo da prevalência de AVC e sua associação com a qualidade de vida na população com mais de 65 anos da área abrangida pelo Centro de Saúde de Manteigas

Luís Miguel Branco Cardoso Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto
Coorientador: Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes
Coorientador: Professor Jorge Manuel dos Reis Gama

Covilhã, maio de 2013

Dedicatória

À minha família e amigos.

Agradecimentos

Em especial, aos meus pais pelo amor, educação, apoio incondicional e por estarem sempre presentes em cada momento de fraqueza e em cada vitória. O meu sucesso é o vosso sucesso.

À Professora Doutora Assunção Vaz Patto, pela esclarecida orientação, constante disponibilidade e dedicação a este projeto. Agradeço, ainda, as sugestões e críticas sempre oportunas que constituíram suportes basilares para a efetivação deste estudo.

Ao Professor Doutor Jorge Gama, pela enorme paciência e valiosa ajuda no tratamento de dados e na análise estatística.

Ao Professor Doutor Manuel Nunes, pelas importantes sugestões e conselhos prestados acerca de diversas questões epidemiológicas que surgiram durante a realização deste trabalho.

Ao Nuno, pelo exemplo e contributo no início deste projeto.

Ao Dr. Luís Melo, pelo apoio constante e disponibilidade manifestada para a realização deste estudo no Centro de Saúde de Manteigas.

Aos funcionários do Centro de Saúde de Manteigas, que se tornaram um importante contributo na fase de recolha de dados.

Ao Zé, Pedro e Bernardo, companheiros nesta viagem, cuja presença e ajuda contribuíram em grande medida para que este projeto individual se transformasse num projeto coletivo muito mais apelativo e de valor acrescentado.

À Angelica por todo o apoio e motivação.

Aos tutores, professores e colegas, que, de uma forma ou de outra, me apoiaram e contribuíram para a minha valorização pessoal e profissional ao longo deste percurso académico.

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal e no mundo, sendo marcadamente prevalente nos mais idosos e responsável por graus variáveis de incapacidade. Tivemos por objetivo estudar a prevalência do Acidente Vascular Cerebral na população idosa de Manteigas e o seu grau de associação com a qualidade de vida na terceira idade.

Materiais e Métodos: A amostra foi composta por 368 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho de Manteigas, recrutados no Centro de Saúde no período compreendido entre 12 de Março e 5 de Julho de 2012. A esta amostra foi aplicado um questionário sobre a presença de Acidente Vascular Cerebral no passado e de avaliação da qualidade de vida, através do *Medical Outcomes Study Short-Form 12v2 Health Survey*.

Resultados: Na população em estudo, 6,8% (IC-95%: 4,6-9,8%) dos indivíduos tiveram pelo menos um Acidente Vascular Cerebral. Discriminada por géneros, a taxa de prevalência foi maior no género feminino do que no masculino (7,6% e 5,7%, respetivamente). Foi maior nos grupos etários mais velhos, sendo de 5,4%; 9,1% e 8,7% nos grupos de [65;74],]74;84] e]84;95] anos, respetivamente. Observámos que 88% dos indivíduos com historial de Acidente Vascular Cerebral referiram algum grau de limitação física, tendo uma avaliação negativa da componente física da saúde no questionário de avaliação da qualidade de vida.

Conclusão: A prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população com mais de 65 anos em estudo é semelhante à encontrada em outros estudos para a mesma faixa etária. A idade avançada em geral e, em particular, o Acidente Vascular Cerebral estão associados à diminuição da qualidade de vida, nomeadamente a limitações físicas.

Palavras-chave

Acidente Vascular Cerebral, Prevalência, Qualidade de Vida, Idosos, Incapacidade.

Abstract

Background: Stroke is a major cause of mortality and morbidity in Portugal and in the world, being markedly more prevalent in the elderly and responsible for several degrees of disability. Our aim was to study stroke prevalence in the elderly population of Manteigas and its degree of association with the quality of life in old age.

Materials and Methods: Our sample consisted of 368 individuals aged 65 years and over, residents of Manteigas County, recruited at the Health Center in the period between March 12 and July 5, 2012. To this sample was applied a questionnaire about the presence of stroke in the past and the evaluation of quality of life by using the Medical Outcomes Study Short Form-12v2 Health Survey.

Results: In the studied population, 6.8% (CI-95%: 4.6-9.8%) of subjects have had at least one stroke. Discriminated by gender, the prevalence was higher in females than in males (7.6% and 5.7%, respectively) and it was higher in older age groups, being 5.4%, 9.1% and 8.7% in groups [65; 74], [74; 84] and [84; 95] years, respectively. We observed that 88% of individuals with a history of stroke presented with some degree of physical limitation, having a negative evaluation of the physical component of the health assessment questionnaire of quality of life.

Conclusion: The prevalence of stroke in the population over 65 years in study is within the range of other studies for the same age group. The old age in general and, particularly, the presence of stroke are associated with diminished quality of life, such as physical limitations.

Keywords

Stroke, Prevalence, Quality of Life, Elderly, Disability.

Índice

Introdução	1
Material e Métodos	3
1 Procedimentos	3
2 Amostra	3
3 Instrumentos	5
4 Análise estatística	6
Resultados	7
1 Prevalência de AVC	7
2 Resultados decorrentes da aplicação do questionário SF12-v2	10
2.1 Qualidade de vida da população em estudo	10
2.2 Relação entre o AVC e a qualidade de vida na população em estudo	16
Discussão	18
Bibliografia	23
Anexos	25

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição do SCF pela amostra. SCF, Sumário da Componente Física

Figura 2 - Distribuição do SCM pela amostra. SCM, Sumário da Componente Mental

Figura 3 - Distribuição do SCM em função do género. SCM, Sumário da Componente Mental

Figura 4 - Distribuição do SCF em função do género. SCF, Sumário da Componente Física

Figura 5 - Distribuição do SCF em função da idade. SCF, Sumário da Componente Física

Figura 6 - Distribuição do SCF em função do AVC. À esquerda a população sem AVC. À direita a população com AVC. AVC, Acidente Vascular Cerebral. SCF, Sumário da Componente Física

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição sumária do questionário SF12-v2

Tabela 2 - Prevalência de AVC em função do género, na amostra em estudo. AVC, Acidente Vascular Cerebral

Tabela 3 - Distribuição da prevalência de AVC por faixa etária, na amostra em estudo. AVC, Acidente Vascular Cerebral

Tabela 4 - Prevalência de AVC ajustada ao género (Masculino/Feminino) na amostra em estudo, comparativamente com dados de outros estudos (Prevalência em teste). AVC, Acidente Vascular Cerebral

Tabela 5 - Respostas ao SF12-v2 pela amostra, N° (%)

Tabela 6 - Distribuição do SCM em função do género. SCM, Sumário da Componente Mental

Tabela 7 - Distribuição do SCF em função do género. SCF, Sumário da Componente Física

Tabela 8 - Distribuição do SCF em função da idade. SCF, Sumário da Componente Física

Tabela 9 - Relação entre o AVC e as componentes física e mental da saúde. AVC, Acidente Vascular Cerebral. SCF, Sumário da Componente Física. SCM, Sumário da Componente Mental

Lista de Acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
DALY's	Disability Adjusted Life Years
IBM	International Business Machines
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCF	Sumário da Componente Física
SCM	Sumário da Componente Mental
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Introdução

O conceito de qualidade de vida tem vindo a ser trabalhado já há vários anos. Já na *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, URSS (1978), a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que “todos os indivíduos têm direito não apenas aos cuidados físicos mas também aos cuidados psicológicos e a uma qualidade de vida adequada.”(1) Em 1991, a OMS iniciou o projeto *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) cujo objetivo inicial era desenvolver um instrumento de avaliação da qualidade de vida aplicável a nível internacional e multicultural (2). Em 1994 o WHOQOL definiu o conceito de qualidade de vida como sendo “a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”(3) É um conceito marcado pela subjetividade que consiste na apreciação pessoal de vários fatores, tais como: a saúde do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as relações sociais e o meio em que se encontra inserido.

O atual envelhecimento demográfico tem vindo a determinar necessidades de saúde para as quais é premente organizar respostas mais adequadas. É necessário que haja uma mudança de atitudes e comportamentos face ao envelhecimento e às suas inerentes morbilidades físicas e mentais, para que os mais idosos possam manter uma qualidade de vida aceitável.

A OMS aponta o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras doenças cerebrovasculares como a segunda causa de morte no mundo tendo sido responsável em 2008 por 10,8% de todas as mortes (4). Portugal tem estatisticamente a maior taxa de mortalidade por AVC da Europa Ocidental (5, 6) e carece de dados acerca da sua incidência na região norte, que é especificamente onde se verifica a maior mortalidade por AVC (7). Apesar de existirem muitos estudos sobre as taxas de mortalidade e de incidência anual, estes não dão informações acerca dos AVC's que são incapacitantes mas não fatais. A melhor medida do peso/efeito do AVC numa população é a prevalência, que avalia a proporção de indivíduos que nessa população, num dado momento, sobreviveram a um AVC (5). Em Portugal, num estudo realizado no concelho de Coimbra com uma amostra da população com idade igual ou superior a 50 anos, foi encontrada uma prevalência de AVC de 80/1000 (8).

Um outro estudo realizado na região da Cova da Beira (2004-2006) refere uma incidência de AVC superior à de outros estudos efetuados em Portugal e que a maioria dos internamentos por AVC, dos grupos etários acima dos 55 anos, era de população de origem rural, verificando-se por sua vez, predominância da população urbana nos internamentos de grupos etários mais jovens (9). Não encontramos nenhum estudo de prevalência de AVC nesta região.

A OMS define o AVC como “uma síndrome clínica que consiste no rápido desenvolvimento de sinais focais (ou globais no caso de coma) de distúrbio da atividade neurológica com duração superior a 24 horas ou que leva à morte, sem outra causa aparente além da origem vascular.”(10) Para além do peso da mortalidade, o AVC também está relacionado com graves consequências determinadas pela incapacidade, que influem nos *disability-adjusted life years* (DALY's), isto é, nos anos de vida e produtividade potencialmente perdidos devido a morte prematura ou incapacidade (10). Os sobreviventes de AVC ficam, frequentemente, com alguma incapacidade e muitos ficam dependentes de cuidadores (5). Daí a importância de realizar estudos orientados para o estado pós-AVC e investigar o grau de influência que esta patologia exerce nos desempenhos físico, mental, social e na qualidade de vida dos doentes, com recurso a instrumentos de avaliação da saúde válidos para o efeito (11, 12), atendendo à particularidade de ser uma patologia mais frequente em idosos, surgindo a maioria dos casos depois dos 65 anos (9).

Atendendo à influência que o envelhecimento exerce sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde, à influência que o AVC pode ter na qualidade de vida e à falta de estudos dentro desta área na população idosa rural, é importante recolher mais dados dentro desta temática através de instrumentos de avaliação padronizados e validados para as populações em estudo.

Materiais e Métodos

1. Procedimentos

Foram recrutados para este estudo todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Centro de Saúde de Manteigas. Entre os dias 12 de Março e 5 de Julho de 2012, esses voluntários foram convocados, por carta, solicitando a sua comparência no Centro de Saúde em data e hora estipuladas. Os grupos variavam entre os 30 e os 60 elementos por dia. Todos os elementos que não compareceram na primeira convocatória foram novamente convocados, sendo excluídos do estudo caso não comparecessem após a segunda convocatória. Os participantes não receberam qualquer benefício por participarem no projeto. À chegada ao Centro de Saúde, os utentes aguardavam na sala de espera e eram chamados individualmente para um gabinete, onde eram entrevistados. A recolha de dados foi efetuada por quatro estudantes de medicina devidamente preparados para a sua realização.

O protocolo de aprovação da tese foi aceite pelo conselho de administração e comissão de ética da ULS da Guarda.

As respostas aos inquéritos foram avaliadas pelo investigador principal e por um médico especialista em Neurologia.

2. Amostra

Manteigas é uma Vila Portuguesa localizada na Região Centro e Sub-região da Beira Interior Norte, pertencente ao Distrito da Guarda. O Município de Manteigas é constituído por quatro Freguesias: Sameiro, Santa Maria, São Pedro e Vale de Amoreira. É o concelho mais pequeno do Distrito da Guarda, com uma área total de 12.659 hectares, encontrando-se limitado a noroeste por Gouveia, a leste, pela Guarda, a sudeste, pela Covilhã e a oeste, por Seia (13). Segundo o Recenseamento Geral da População e Habitação em 2011 (dados do INE), a população residente em Manteigas era constituída por cerca de 3430 indivíduos, sendo 991 o número de pessoas com 65 anos ou mais (14). Segundo dados do INE, em 2002, o Índice de Envelhecimento da população de Manteigas era cerca de 152,1% (15).

Para o estudo foi inicialmente considerada a população dos 991 indivíduos com idade mínima de 65 anos, com inscrição no Centro de Saúde de Manteigas. Foram considerados como critérios de exclusão a incapacidade do indivíduo para responder aos questionários, a

não comparecimento após a segunda convocatória e o facto de estar institucionalizado no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas, por motivos de incapacidade.

Tendo em consideração que não seria possível estudar toda a população inicial, escolheu-se uma amostra a partir da qual se poderiam retirar as conclusões a inferir a toda a população.

A fórmula inicial utilizada para calcular o tamanho da amostra, foi a seguinte:

$$n \geq \frac{z^2 p(1-p)}{e^2} \quad (1)$$

onde:

n - tamanho da amostra;

z - quantil da distribuição normal;

p - proporção de indivíduos da população com a característica a estudar;

e - margem de erro.

No nosso estudo adotou-se uma margem de erro de 3%, uma confiança a 95% (que implica termos $z = 1,96$) e adotando-se uma prevalência de AVC de 8% (8), resulta que $n \geq 315$.

Como a população em estudo é de 991 indivíduos (população abrangida pelo Centro de Saúde de Manteigas, com idade igual ou superior a 65 anos), fez-se uma correção do tamanho da amostra para esta dimensão populacional, obtendo-se assim o tamanho mínimo da amostra para os objetivos propostos. Neste caso, a fórmula utilizada foi:

$$n_f \geq \frac{nN}{N+n} \quad (2)$$

onde:

n_f - tamanho mínimo da amostra corrigido para a população em estudo;

n - tamanho da amostra obtido pela fórmula anterior;

N - tamanho da população em estudo (população finita).

Consequentemente, o tamanho mínimo da amostra a considerar para este estudo é de 240 indivíduos (16).

A amostra final foi de 368, que foi o número de indivíduos que responderam às duas chamadas e foram entrevistados.

3. Instrumentos

Os instrumentos para a recolha de dados incluíram um questionário dividido em duas partes, sendo a primeira relativa à informação clínica e sociodemográfica (nome, género, idade, escolaridade, historial de AVC ou não) e a segunda parte constituída pelo questionário *Short Form 12v2 Health Survey Standard* (SF-12v2) (17) Portugal (português), *copyrighted by QualityMetric Incorporated* (em anexo).

O questionário *Medical Outcomes Study Short-Form 12v2 Health Survey* (SF-12v2) (17) que foi desenhado com o intuito de avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, é amplamente utilizado a nível mundial e foi desenvolvido a partir do questionário mais extenso *Short Form 36 Health Survey* (SF-36) (18), validado para a população portuguesa por Ferreira em 1998 (19, 20).

O SF-12v2 consiste numa medida genérica do estado de saúde, pelo que não é direcionado, por exemplo, a nenhuma população alvo, doença ou grupo de tratamento específicos, podendo ser aplicado em qualquer faixa etária da população geral. Este questionário avalia a perceção individual da qualidade de vida relacionada com a saúde através de 12 questões agregadas em oito aspetos da saúde: “Função Física”, “Desempenho Físico”, “Dor”, “Saúde Geral”, “Vitalidade”, “Função Social”, “Desempenho Emocional” e “Saúde Mental”, cuja conclusão é discriminada em duas dimensões de saúde: o “Sumário da Componente Física” (SCF) e o “Sumário da Componente Mental” (SCM) (tabela 1). As componentes física e mental são traduzidas quantitativamente numa escala de 0 a 100, sendo a média 50 e o desvio padrão de 10. Valores mais baixos correspondem a piores estados de saúde e valores mais altos correspondem a melhores estados de saúde.

Utilizou-se o programa informático *QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.5* (21) para inserir os dados dos indivíduos entrevistados e obter as pontuações das componentes física e mental, que através de um algoritmo eletrónico, permitiu discriminar as componentes de saúde física e mental de cada entrevistado em “Abaixo da Média” para as pontuações inferiores a 45, “Dentro da Média” entre 45 e 55 pontos e “Acima da Média” para mais de 55 pontos.

Tabela 1 - Descrição sumária do questionário SF12-v2

MOS Short-Form Health Survey 12 Item (SF-12v2)		
Dimensão de Saúde	Sub-escala	Conteúdo abreviado do Item
Sumário da Componente Física (SCF)	Função Física	Realizar atividades moderadas; Subir vários lances de escadas;
	Desempenho Físico	Fazer menos do que queria; Sentir-se limitado no trabalho ou outras atividades;
	Dor	Até que ponto a dor interferiu com trabalho normal;
	Saúde Geral	Classificar a saúde geral como: excelente, muito boa, boa, razoável, fraca;
Sumário da Componente Mental (SCM)	Vitalidade	Sentir-se com muita energia;
	Função Social	Com que frequência a saúde interferiu nas atividades sociais;
	Desempenho Emocional	Fazer menos do que queria; Realizar tarefas de forma menos cuidadosa;
	Saúde Mental	Sentir-se calmo e tranquilo; Sentir-se deprimido.

4. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao uso do programa IBM SPSS “*Statistical Package for the Social Sciences*”, versão 19. Foram utilizados dois testes estatísticos: o teste binomial, para comparar a prevalência de AVC na população em estudo, com prevalências publicadas noutros estudos, e o teste de independência do qui-quadrado, para avaliar a associação estatística das variáveis em estudo. Adicionalmente, e sempre que se justificasse, foi aplicada a medida epidemiológica de associação “risco relativo” sobre as variáveis estatisticamente associadas à existência de AVC na população em estudo.

Para estudo da amostra, os indivíduos foram agrupados em três intervalos etários relativos à população idosa em estudo: [65;74], [74;84] e [84;95] anos de idade.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos sempre que o respetivo valor de prova (valor-p, p) não excedeu o nível de significância de 5%.

Resultados

Nos 368 indivíduos considerados para a nossa amostra, 158 eram do género masculino e 210 do género feminino, representando 42,9% e 57,1% da amostra, respetivamente.

Os indivíduos foram agrupados em intervalos de faixas etárias: 224 (60,9%) no intervalo de [65;74] anos de idade, 121 (32,9%) no intervalo de]74;84] anos e 23 (6,3%) no intervalo de]84;95] anos de idade.

Em relação ao grau de habilitações literárias, 11,7% afirmaram nunca ter frequentado a escola, 80,4% frequentaram o 1.º Ciclo do Ensino Básico, 4,6% o 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico, 1,6% o Ensino Secundário e 1,6% o Ensino Superior.

1. Prevalência de AVC

Observou-se que 93,2% dos entrevistados (343 indivíduos) afirmaram nunca ter tido um AVC e os restantes 6,8% (25 indivíduos) afirmaram já ter tido pelo menos um episódio de AVC na sua vida. A análise estatística inferencial com o teste do qui-quadrado permite afirmar que o historial de AVC é independente do género (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,468$) e da idade dos inquiridos (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,393$) (tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Prevalência de AVC em função do género, na amostra em estudo. AVC, Acidente Vascular Cerebral

AVC	Género		Total Nº (%)
	Masculino Nº (%)	Feminino Nº (%)	
Não	149 (94,3)	194 (92,4)	343 (93,2)
Sim	9 (5,7)	16 (7,6)	25 (6,8)
Total	158 (42,9)	210 (57,1)	368 (100,0)

Tabela 3 - Distribuição da prevalência de AVC por faixa etária, na amostra em estudo. AVC, Acidente Vascular Cerebral

AVC	Faixa Etária			Total Nº (%)
	[65;74] Nº (%)]74;84] Nº (%)]84;95] Nº (%)	
Não	212 (94,6)	110 (90,9)	21 (91,3)	343 (93,2)
Sim	12 (5,4)	11 (9,1)	2 (8,7)	25 (6,8)
Total	224 (60,9)	121 (32,9)	23 (6,3)	368 (100,0)

O teste binomial evidenciou que a taxa de prevalência de AVC de 6,8% (IC-95%: 4,6-9,8%) observada no presente estudo, não é significativamente diferente da prevalência de 8% ($p=0,228$), reportada por Gonçalves e Cardoso no estudo “Prevalência dos Acidentes Vasculares Cerebrais em Coimbra”^a, utilizado como referência. No entanto, quando discriminada em função do género, verifica-se que a prevalência ajustada para o género masculino no nosso estudo (5,7%) foi significativamente inferior ($p=0,034$) à verificada no estudo de Coimbra (10,2%).

Em relação a outros estudos europeus, verificou-se que a prevalência de AVC no presente estudo também não foi significativamente diferente da observada no estudo de *L'Aquila*^c ($p=0,403$) e de Espanha^d ($p=0,408$), mas foi significativamente superior à prevalência de AVC observada no estudo de *Yorkshire*^b ($p=0,044$) (tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de AVC ajustada ao gênero (Masculino/Feminino) na amostra em estudo, comparativamente com dados de outros estudos (Prevalência em teste). AVC, Acidente Vascular Cerebral

AVC	Presente Estudo		Prevalência em teste (Masculino/Feminino)	Valor-p Teste Binomial (Masculino/Feminino)
	Nº	% (Masculino/Feminino)		
Sim	25	6,8 (5,7 / 7,6)	0,08 ^a (0,102/0,066)	0,228 (0,034/0,313)
			0,047 ^b (0,05/0,044)	0,044 (0,393/0,024)
			0,073 ^c (0,096/0,055)	0,403 (0,056/0,119)
			0,064 ^d (0,073/0,056)	0,408 (0,276/0,132)
Não	343	93,2		
Total	368	100		

^a (A. Freire Gonçalves, S. Massano Cardoso; Prevalência dos Acidentes Vasculares Cerebrais em Coimbra; 1997) - indivíduos com mais de 50 anos; (8)

^b (Geddes JM et al; Prevalence of self reported stroke in a population in northern England; 1996) - indivíduos com mais de 55 anos; (22)

^c (Prencipe M et al; Stroke, disability, and dementia: results of a population survey; 1997) - indivíduos com mais de 65 anos; (23)

^d (Boix R, et al; Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys; 2006) - indivíduos com mais de 70 anos; (24)

No âmbito de estudos não europeus, não se verifica que a prevalência de AVC, no presente estudo, seja significativamente diferente ($p=0,171$) da prevalência do ano de 2010, reportada pelo *Centers for Disease and Control Prevention* - Estados Unidos da América - em que se verificou uma prevalência de AVC, na população norte-americana, com 65 anos ou mais, de 8,3% (25), nem daquela observada numa região urbana do Perú, publicada no estudo de *Ferri et al* (2010), já que foi apresentada a mesma prevalência do nosso estudo (26).

2. Resultados decorrentes da aplicação do questionário SF12-v2

2.1- Qualidade de vida da população em estudo

Na tabela 5 observam-se as respostas dos entrevistados às 12 questões do SF12-v2, N° (%).

Tabela 5 - Respostas ao SF12-v2 pela amostra, N° (%)

		Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca			
1	Em geral diria que a sua saúde é:	9 (2,4)	15 (4,1)	85 (23,1)	182 (49,5)	77 (20,9)			
2	As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua atual o limita nestas atividades? Se sim, quanto?		a	Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, nadar	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a		
				62 (16,8)	158 (42,9)	148 (40,2)			
			b	Subir vários lanços de escada	56 (15,2)	179 (48,6)	133 (36,1)		
3	Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?		a	Realizou menos do que queria	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
				10 (2,7)	50 (13,6)	65 (17,7)	106 (28,8)	137 (37,2)	
			b	Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades	18 (4,9)	35 (9,5)	65 (17,7)	104 (28,3)	146 (39,7)
4	Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso)?		a	Realizou menos do que queria	7 (1,9)	32 (8,7)	59 (16,0)	94 (25,5)	176 (47,8)
					b	Realizou o trabalho ou outras atividades de forma menos cuidadosa que o habitual	8 (2,2)	26 (7,1)	59 (16,0)
5	Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso			
		122 (33,2)	106 (28,8)	88 (23,9)	41 (11,1)	11 (3,0)			
6	As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas:		a	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
				75 (20,4)	157 (42,7)	63 (17,1)	54 (14,7)	19 (5,2)	
					b	Teve muita energia?	58 (15,8)	119 (32,3)	102 (27,7)
			c	Se sentiu triste e deprimido/a?	11 (3,0)	51 (13,9)	101 (27,4)	119 (32,3)	86 (23,4)
7	Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca			
		4 (1,1)	45 (12,2)	70 (19,0)	93 (25,3)	156 (42,4)			

O *QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.5* forneceu os resultados do Sumário da Componente Física (SCF) e do Sumário da Componente Mental (SCM), com base nas respostas dos entrevistados ao SF12-v2.

Em relação à componente física da saúde (SCF), a maioria dos inquiridos (56,8%) obteve uma qualificação dentro da média, 26,6% abaixo da média e 16,6% acima da média.

Na componente mental (SCM), 44% dos inquiridos estavam dentro da média, 38,9% abaixo da média e 17,1% acima da média.

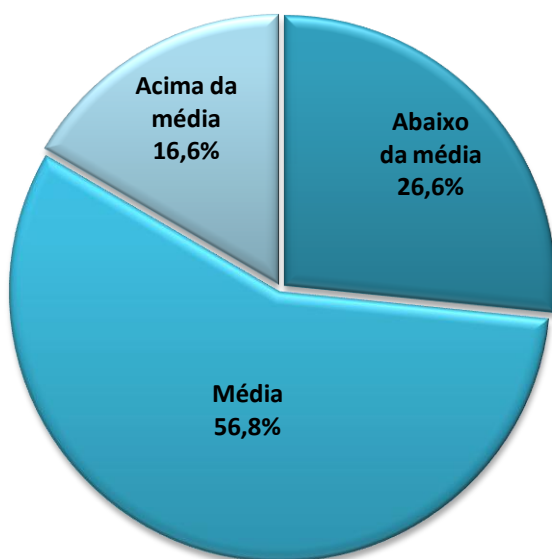


Figura 1 - Distribuição do SCF pela amostra. SCF, Sumário da Componente Física

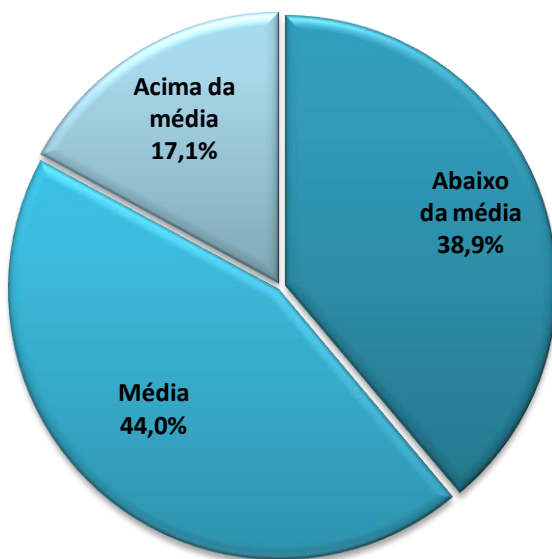


Figura 2 - Distribuição do SCM pela amostra. SCM, Sumário da Componente Mental

Foram encontradas associações estatisticamente significativas relativamente às componentes física (SCF) e mental (SCM) da qualidade de vida.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a saúde mental e o género (teste de independência do qui-quadrado com $p < 0,001$), tendo a maioria das mulheres (59,5%) referido uma avaliação da saúde mental abaixo da média, enquanto que a maioria dos homens referiu uma avaliação dentro da média (54,4%), (tabela 6 e figura 3). Assim, o risco relativo dos indivíduos do sexo feminino apresentarem uma saúde mental prejudicada mostrou-se cerca de 2,31 vezes superior, enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentam uma saúde mental preservada 1,80 vezes superior.

No que respeita à componente física da saúde, verificou-se uma associação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p < 0,001$) entre esta e o género. A maioria dos indivíduos de ambos os géneros obteve uma avaliação média nesta componente (51,4% das mulheres e 63,9% dos homens), no entanto 22,4% das mulheres obteve uma classificação de saúde física acima da média, face a 8,9% dos homens (tabela 7 e figura 4).

Tabela 6 - Distribuição do SCM em função do género. SCM, Sumário da Componente Mental

SCM	Género		Total Nº (%)
	Masculino Nº (%)	Feminino Nº (%)	
Abaixo da média	18 (11,4)	125 (59,5)	143 (38,9)
Média	86 (54,4)	76 (36,2)	162 (44,0)
Acima da média	54 (34,2)	9 (4,3)	63 (17,1)
Total	158 (42,9)	210 (57,1)	368 (100,0)

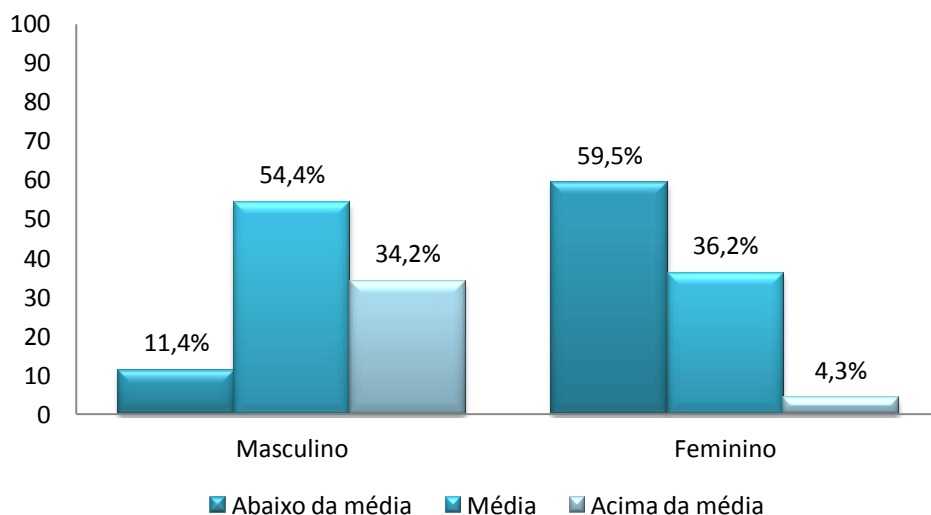


Figura 3 - Distribuição do SCM em função do género. SCM, Sumário da Componente Mental

Tabela 7 - Distribuição do SCF em função do género. SCF, Sumário da Componente Física

SCF	Género		Total Nº (%)
	Masculino Nº (%)	Feminino Nº (%)	
Abaixo da média	43 (27,2)	55 (26,2)	98 (26,6)
Média	101 (63,9)	108 (51,4)	209 (56,8)
Acima da média	14 (8,9)	47 (22,4)	61 (16,6)
Total	158 (42,9)	210 (57,1)	368 (100,0)

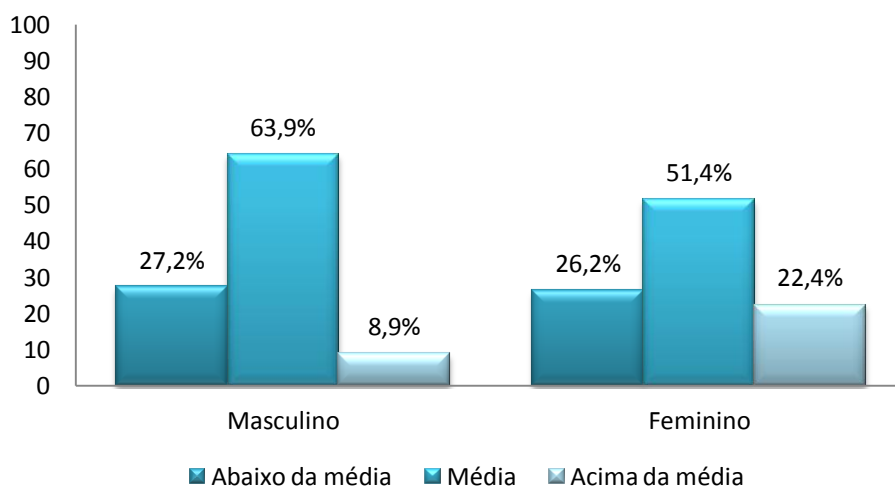


Figura 4 - Distribuição do SCF em função do género. SCF, Sumário da Componente Física

Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a saúde mental e a idade (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,063$).

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p<0,001$) entre a idade dos inquiridos e a saúde física em que, tendencialmente, o estado de saúde física piora com a idade. Apesar da maioria dos elementos das 3 faixas etárias, [65;74], [74;84] e [84;95], terem valores médios de saúde física de 58,5%, 54,5% e 52,2%, respetivamente, há uma variação inversa entre o número de indivíduos dentro de cada faixa etária que têm avaliações acima da média e abaixo da média, sendo que esta última aumenta com a idade (tabela 8 e figura 5).

Tabela 8 - Distribuição do SCF em função da idade. SCF, Sumário da Componente Física

SCF	Faixa Etária			Total Nº (%)
	[65;74] Nº (%)	[74;84] Nº (%)	[84;95] Nº (%)	
Abaixo da média	44 (19,6)	43 (35,5)	11 (47,8)	98 (26,6)
Média	131 (58,5)	66 (54,5)	12 (52,2)	209 (56,8)
Acima da média	49 (21,9)	12 (9,9)	0 (0,0)	61 (16,6)
Total	224 (60,9)	121 (32,9)	23 (6,3)	368 (100,0)

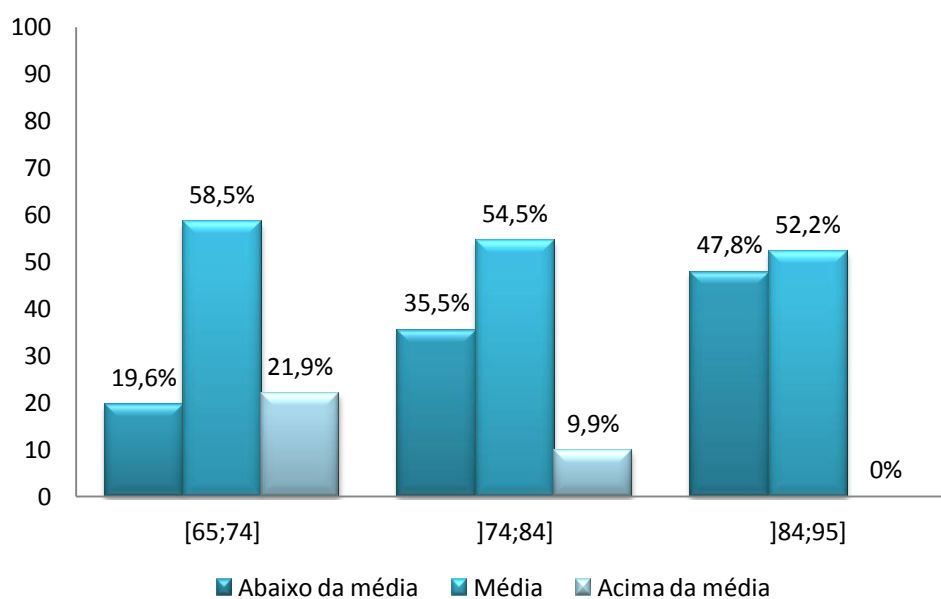


Figura 5 - Distribuição do SCF em função da idade. SCF, Sumário da Componente Física

2.2 - Relação entre o AVC e a qualidade de vida na população em estudo

Na tabela 9 observa-se a relação entre o AVC e as componentes física e mental da saúde dos inquiridos, para a qual foi encontrada uma associação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p < 0,001$) entre o estado de saúde física e o AVC, sendo que os indivíduos com historial de AVC apresentavam, na sua maioria, classificações relativas à sua apreciação da saúde física inferiores às dos indivíduos que não tinham sofrido AVC; 60,3% dos indivíduos que nunca tiveram AVC tinham uma classificação média de saúde física e 22,2% tinham uma classificação abaixo da média; por sua vez, 88% dos indivíduos com historial de AVC apresentavam os seus parâmetros de saúde física abaixo da média, 8% na média e apenas um indivíduo (4%) obteve uma avaliação acima da média.

O cálculo dos riscos relativos revelou que, para os indivíduos com historial de AVC, o risco de terem uma apreciação de saúde física abaixo da média é 20,2 vezes superior, enquanto para os indivíduos sem historial de AVC a componente de saúde física preservada apresentou-se 1,22 vezes superior.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a saúde mental e o historial de AVC (teste de independência do qui-quadrado com $p = 0,61$).

Tabela 9 - Relação entre o AVC e as componentes física e mental da saúde. AVC, Acidente Vascular Cerebral. SCF, Sumário da Componente Física. SCM, Sumário da Componente Mental

AVC	SCF				SCM			
	Abaixo da média	Média	Acima da média		Abaixo da média	Média	Acima da média	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Não	76 (22,2)	207 (60,3)	60 (17,5)		131 (38,2)	153 (44,6)	59 (17,2)	
Sim	22 (88,0)	2 (8,0)	1 (4,0)		12 (48,0)	9 (36,0)	4 (16,0)	
Total	98 (26,6)	209 (56,8)	61 (16,6)	368 (100)	143 (38,9)	162 (44,0)	63 (17,1)	368 (100)

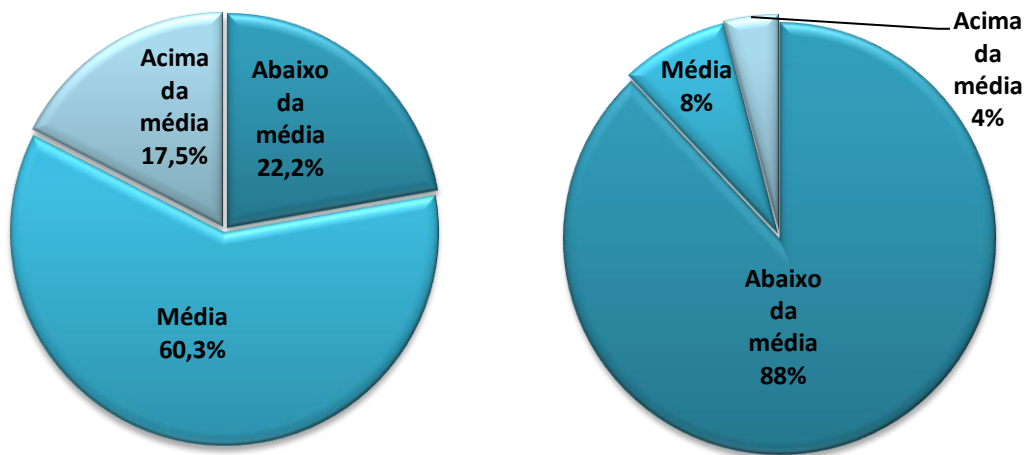


Figura 6 - Distribuição do SCF em função do AVC. À esquerda a população sem AVC. À direita a população com AVC. AVC, Acidente Vascular Cerebral. SCF, Sumário da Componente Física

Discussão

No presente estudo verificou-se que a taxa de prevalência de AVC na população de Manteigas, com idade superior a 65 anos, era de 6,8% (IC-95%: 4,6-9,8%). Este valor situa-se na gama de resultados observados noutros estudos prévios de prevalência de AVC (8, 23-25). No estudo de Gonçalves e Cardoso (8), realizado no concelho de Coimbra, em 1992, colaboraram 50 médicos de Medicina Geral e Familiar da Sub-região de Saúde de Coimbra, que aplicaram inquéritos orientados para os antecedentes cerebrovasculares (entre outros) e confirmaram os casos suspeitos de AVC, recorrendo à consulta de registos hospitalares e à observação direta por neurologista. Nesse estudo, elaborado a partir de uma amostra de 950 indivíduos com mais de 50 anos, verificou-se uma prevalência total de AVC de 8%, ou seja, superior, mas não significativamente diferente do presente estudo. Discriminada em função do género, a prevalência de AVC, no estudo de Coimbra, foi de 10,2% e 6,6%, enquanto na população de Manteigas foi de 5,7% e 7,6%, nos géneros masculino e feminino, respetivamente. Verifica-se, neste caso, que a prevalência para o grupo masculino foi significativamente inferior em Manteigas (tabela 4). No estudo de Coimbra, verificou-se um aumento da prevalência de AVC em função da idade, sempre mais elevada no género masculino, tendência que se atenuava a partir dos 70 anos. No presente estudo, a taxa de prevalência também tem tendência para aumentar com a idade, exceto no último grupo, 5,4%, 9,1% e 8,7%, nas faixas etárias [65;74], [74;84] e [84;95], respetivamente.

Num estudo publicado em 2006, que reuniu informação de várias populações rurais e urbanas com mais de 70 anos, do centro e nordeste de Espanha (24), verificou-se uma taxa de prevalência de AVC de 6,4%, mais uma vez superior no género masculino (7,3%) em relação ao género feminino (5,6%). Tal como no estudo anterior, verificou-se um aumento da prevalência com a idade, particularmente no género feminino. Constatou-se ainda que a taxa de prevalência era maior nas populações suburbanas (8,7%) e menor nas populações rurais (3,8%). Na meta-análise realizada por *Feigin et al* em 2003 (27), que envolveu, entre outros, nove estudos de prevalência de AVC's auto-reportados, constatou-se que os valores para as populações com idade igual ou superior a 65 anos eram bastante mais elevados por comparação com os grupos mais jovens, variando de 46/1000 a 72/1000. No estudo realizado em *Yorkshire* - Inglaterra em 1996 (22), envolvendo indivíduos com idades a partir dos 55 anos, observou-se uma prevalência de AVC de 4,7%; específica de acordo com o género de 5% nos homens e 4,4% nas mulheres e de acordo com a idade, de 1,6%, 4%, 9,1% e 9,8% nas faixas etárias [55;64], [64;74], [74;84] e [84;-], respetivamente. Um outro estudo realizado em *L'Aquila* - Itália em 1997 (23), direcionado a todos os indivíduos com mais de 65 anos de três comunidades rurais, revelou uma prevalência de AVC de 7,3%, cujo comportamento em função do género e da idade está em concordância com as séries anteriormente referidas, isto é, maior nos homens e em função da idade, sendo que a taxa de prevalência específica

para o género masculino foi de 9,6% e, para o feminino, de 5,5%; em relação à idade, encontraram-se os valores de 5,8%, 9,6% e 14,7% para as faixas etárias [65;74], [74;84] e [84;96], respetivamente. Um estudo de grande escala publicado em 2010 no qual foram entrevistados 15 022 indivíduos com 65 anos ou mais, distribuídos por onze locais diferentes, entre cidades e zonas rurais, da América Latina e da Ásia (26) revelou semelhanças com os padrões epidemiológicos do AVC observados nos estudos anteriormente referidos. Neste, a taxa de prevalência de AVC auto-reportado na maioria das cidades latino-americanas e chinesas apresentou-se entre 6% e 9% e, de igual modo, a tendência era a de aumentar com a idade e no género masculino, assim como de ser maior nas zonas urbanas por comparação com as rurais.

Comparando os dados do nosso estudo com os dados observados nas séries anteriormente referidas, verifica-se que a taxa de prevalência de AVC na população de Manteigas (6,8%) é estatisticamente significativa e próxima aos resultados de estudos prévios (8, 23, 24). Denote-se que a prevalência não foi significativamente inferior à observada no estudo de Coimbra, utilizado como referência (tabela 4).

Todos os outros estudos apresentaram taxas de prevalência de AVC superiores no género masculino em relação ao género feminino (8, 9, 22-26). No presente estudo tal não se verificou, tendo homens e mulheres taxas de prevalência de 5,7% e 7,6%, respetivamente, ou seja, superior na população feminina. Tal variação pode ser devida às limitações inerentes a este tipo de estudos que dependem da adesão da população, em que uma menor adesão por parte das populações em responder aos questionários pode constituir fator de enviesamento dos resultados, sendo facto que, neste estudo, participaram mais mulheres (210) do que homens (158), havendo a possibilidade de, dentro da fração masculina que se mostrou disponível em aderir ao presente estudo, existir um número proporcionalmente maior de indivíduos que se mantêm ativos, e capazes de prevenir eventos cardiovasculares, em relação à fração feminina. Também constituiu limitação deste estudo, o facto de não ter sido possível entrevistar os utentes da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas por questões de privacidade e incapacidade destes. Considerando que muitos dos indivíduos institucionalizados são portadores de patologias e morbilidades crónicas, provavelmente as taxas de prevalência teriam sido maiores se tivesse sido possível interrogá-los.

A incidência e a prevalência de AVC aumentam significativamente com a idade a partir da sexta década de vida (8), sendo que mais de 75% dos AVC's ocorrem após os 65 anos (7, 27). Nos estudos em que se utilizaram os grupos de faixas etárias: [40;64], [65;74] e [75;∞], as taxas de incidência do grupo etário do meio são geralmente entre 6 a 7 vezes superiores às do grupo mais jovem, enquanto as taxas de incidência do grupo etário mais velho são 2 a 4 vezes superiores às do grupo do meio (5), reforçando a importância de realizar mais estudos deste âmbito, concretamente nas populações mais idosas.

As séries anteriores demonstram um aumento da incidência/prevalência de AVC com a idade (5, 7-9, 22-26). No presente estudo também se verifica um aumento da prevalência com a idade, 5,4% na faixa etária mais jovem [65;74], 9,1% na do meio [74;84], e um truncamento a partir dos 85 anos, verificando-se um ligeiro declínio para uma taxa de prevalência de 8,7% na faixa etária dos [84;95] anos. Não se verifica associação estatisticamente significativa entre o AVC e a idade (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,393$), o que também pode ser devido aos mesmos fatores de enviesamento acima referidos.

Decorrente da análise dos outros estudos, verificou-se que alguns deles apontavam para taxas de incidência e de prevalência de AVC superiores nos grupos urbanos, face aos rurais (24, 26). No estudo de Correia et al, que decorreu em zonas urbanas e rurais do norte de Portugal entre os anos de 1998 e 2000, a taxa de incidência anual na população rural foi bastante mais elevada que na população urbana (305 vs 269 por 100.000/ano, respetivamente) (7). No estudo de M. Castelo-Branco relativo à região da Cova da Beira durante o período de 2004-2006, a incidência foi superior no grupo urbano quer para homens quer para mulheres (9). O presente estudo decorreu em Manteigas, tratando-se portanto de uma população rural, as variações atrás referidas entre áreas urbanas e rurais são sugestivas de que não se devem generalizar os resultados do presente estudo à realidade do país, nomeadamente a regiões urbanas.

Considerando as semelhanças e diferenças entre este estudo, decorrido em Manteigas, e a bibliografia revista; nacional (8), europeia (22-24) e até mesmo internacional, nomeadamente de países em vias de desenvolvimento (26), na qual se verificaram associações e tendências semelhantes da distribuição do AVC por género, idade e local (urbano vs rural), é importante salientar que esses valores não devem ser extrapolados para outras populações, visto serem representativos apenas das áreas onde se realizam. No entanto, estes padrões epidemiológicos semelhantes devem alertar para eventuais fatores de risco, morbilidades e incapacidades semelhantes e para o grande papel que o AVC representa nas taxas de mortalidade e nos DALY's a nível mundial e, particularmente, em Portugal, onde as taxas de incidência e prevalência, juntamente com a Hungria, são das mais elevadas da Europa (5, 6). Além da elevada mortalidade, o AVC também resulta em elevadas taxas de incapacidade. Aqueles que sobrevivem a um AVC ficam, frequentemente, com algum grau de incapacidade remanescente, sendo que muitos ficam, inclusive, dependentes de cuidadores. Os diferentes graus de incapacidade que se seguem a um AVC traduzem-se, comumente, num impacto nas atividades de vida diária (AVD's), na sua maioria através da perda de capacidade física funcional, mas também devido a demência, alterações do humor e diminuição das atividades sociais (5, 11, 26, 28). Neste contexto, reveste-se de particular importância saber qual a prevalência de incapacidade pós-AVC, para efeitos de planeamento dos cuidados de saúde.

Decorrente da aplicação do questionário SF-12v2 à população em estudo, observou-se uma associação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com

$p < 0,001$) entre a componente física da saúde e o historial de AVC, mas não entre este último e a saúde mental (teste de independência do qui-quadrado com $p = 0,61$). Entre os indivíduos com historial de AVC, a grande maioria (88%) demonstrou ter algum prejuízo da saúde física, enquanto nos indivíduos sem AVC este valor foi de 22,2% (tabela 9).

No estudo de Coimbra 49,2% dos doentes que tinham experienciado pelo menos um AVC desempenhavam normalmente, ou com limitação ligeira, as tarefas diárias; 31,6% apresentavam incapacidade moderada e os restantes 20% apresentavam incapacidade grave ou dependência total. No estudo de *Yorkshire*, as disfunções residuais mais comumente documentadas no estado pós-AVC foram o défice cognitivo em 33% dos casos, problemas relacionados com os membros inferiores (33% na perna direita, 27% na perna esquerda) e alterações do discurso (27%). No estudo de *L'Aquila*, 72% dos doentes (ou os seus cuidadores) reportaram que o AVC piorou as suas capacidades funcionais, sendo que a proporção de indivíduos com incapacidade severa na realização de tarefas domésticas foi de 48,8% nos doentes com AVC, contra 10,6% nos livres de AVC. Um grande estudo realizado em *Auckland - Nova Zelândia* (1997), que compreendeu indivíduos com mais de 15 anos e englobou todos os sobreviventes de AVC, incluindo aqueles institucionalizados, demonstrou um padrão semelhante ao de Coimbra e sugeriu que metade dos doentes tinha recuperado completamente; 30% faria uma recuperação incompleta, embora não necessariamente requeressem assistência nas atividades diárias e que 20% requeria assistência em pelo menos uma atividade, sendo que destes, 60% necessitava de cuidados institucionais (28).

Os dados das séries anteriores e do presente estudo, no qual foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre o AVC e a saúde física, alertam para a relevância das morbilidades associadas ao AVC que é o maior responsável por incapacidade neurológica, a longo prazo, nos adultos (27). No entanto, deve ser tido em conta que estas incapacidades podem ser consequência não apenas de AVC, mas também de outras doenças coexistentes, particularmente nos doentes idosos, nos quais é comum a sobreposição de patologias.

Os resultados do questionário SF12-v2 na população de Manteigas, com mais de 65 anos, aproximam-se de outros estudos já realizados em que a que a 3ª idade se encontra associada a limitações da qualidade de vida e o género feminino relata piores estados de saúde que o masculino (29, 30). No presente estudo, verificaram-se associações estatisticamente significativas (teste de independência do qui-quadrado com $p < 0,001$) em que a saúde física piorava em função da idade (tabela 8) e o género feminino apresentava parâmetros de saúde mental inferiores ao género masculino (tabela 6).

A contribuição do presente trabalho está orientada para um melhor conhecimento da distribuição e prevalência de uma importante patologia numa população idosa rural portuguesa e do seu papel no âmbito da qualidade de vida em saúde. Tratando-se o AVC de uma causa principal de morbilidade *major* no contexto de saúde português e tendo em vista

os atuais padrões demográficos, em que se verifica um aumento consistente das gerações mais velhas, reforça-se a importância da realização de estudos deste cariz para uma melhor compreensão das principais patologias que afetam a qualidade de vida dos mais idosos. O AVC é uma das principais causas de incapacidade do mundo e prevê-se que o número de pessoas que vivem com sequelas de AVC, num dado momento, em todo o mundo, irá aumentar, devido às inversões demográficas já referidas, ao aumento dos fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes melitus, tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool, etc.) antigamente mais preponderantes apenas nos países desenvolvidos, constatando-se atualmente um crescimento exponencial nos países em vias de desenvolvimento, e um aumento da sobrevivência dos sobreviventes de AVC. Atendendo a esta complexidade do AVC e à sua relevância no contexto da saúde em comunidade, é premente obter novos dados acerca desta patologia e medir a sua importância de diversas formas, nomeadamente, determinar a taxa de mortalidade, determinar a incidência, medir a prevalência, avaliar as despesas hospitalares atribuíveis aos doentes com AVC e o prognóstico, nomeadamente a proporção de doentes incapacitados, levando a uma estruturação dos serviços locais de saúde que permitam uma melhor prestação de cuidados e seguimento dos utentes.

Bibliografia

1. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf consultado em 3 de Abril de 2013.
2. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/ consultado em 3 de Abril de 2013.
3. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993 Apr;2(2):153-9.
4. The World Health Organization: The 10 leading causes of death by broad income group (2008). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html> consultado em 30 de Setembro de 2012.
5. Moon L, Moise, P., & Jacobzone, S. Stroke Care in OECD Countries: A comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries. OECD HEALTH WORKING PAPERS. 2003 jun 6:1-102.
6. Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. European Journal of Neurology. 2006;13(6):581-98.
7. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhaes R, Lopes JC, Ferro JM, et al. Prospective Community-Based Study of Stroke in Northern Portugal: Incidence and Case Fatality in Rural and Urban Populations. Stroke. 2004;35(9):2048-53.
8. Goncalves AF, Cardoso SM. [The prevalence of cerebrovascular stroke in Coimbra]. Acta Med Port. 1997 Aug-Sep;10(8-9):543-50.
9. Sousa MC-BC. Aspectos epidemiológicos do acidente vascular cerebral na Cova da Beira - importância dos dados regionais para o planeamento de saúde [PhD Thesis online]. The University of Beira Interior. 2007 Dez:1-142. Available from: http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/122/816/caracterizacao_dumap.pdf.
10. WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/stroke/manual/en/> consultado em 30 de Setembro de 2012.
11. Okonkwo OC, Roth DL, Pulley L, Howard G. Confirmatory factor analysis of the validity of the SF-12 for persons with and without a history of stroke. Quality of Life Research. 2010;19(9):1323-31.
12. Pickard AS, Johnson JA, Penn A, Lau F, Noseworthy T. Replicability of SF-36 Summary Scores by the SF-12 in Stroke Patients. Stroke. 1999;30(6):1213-7.
13. Câmara Municipal de Manteigas. Available from: <http://www.cm-manteigas.pt/municipio/Paginas/default.aspx> consultado em 10 de Maio de 2012.
14. Censos 2011- Resultados Provisórios (2011). Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0148-2. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacoes consultado em 5 de Outubro de 2012.

15. “Manteigas em Números”, Câmara Municipal de Manteigas, Available from: http://www.cm-manteigas.pt/concelho/enquadramento/Documents/manteigas_n.pdf a 10 de Maio de 2012.
16. Gregg MB. *Field Epidemiology* 3^a ed (2008). Oxford University Press: New York.
17. Ware JE, Jr., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish ME. (2009) *User’s manual for the SF-12v2 Health Survey* (2nd ed.).Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. ISBN: 1891810243
18. Ware JE, Jr., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993) *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute.
19. Ferreira PL. [Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation]. *Acta Med Port.* 2000 Jan-Apr;13(1-2):55-66.
20. Ferreira PL. [Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests]. *Acta Med Port.* 2000 May-Jun;13(3):119-27.
21. Saris-Baglama RN, Dewey, C. J., Chisholm, G. B., Plumb, E., Kosinski, M., Bjorner, J. B., et al. (2007) *QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 2.0 user’s guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
22. Geddes JM, Fear J, Tennant A, Pickering A, Hillman M, Chamberlain MA. Prevalence of self reported stroke in a population in northern England. *J Epidemiol Community Health.* 1996 Apr;50(2):140-3.
23. Prencipe M, Ferretti C, Casini AR, Santini M, Giubilei F, Culasso F. Stroke, disability, and dementia: results of a population survey. *Stroke.* 1997 Mar;28(3):531-6.
24. Boix R, del Barrio J, Saz P, Reñé R, Manubens J, Lobo A, et al. Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys. *BMC Neurology.* 2006;6(1):36.
25. CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of Stroke - United States, 2006-2010. *MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report.* May 25; 61(20) 379-82.
26. Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2011;82(10):1074-82.
27. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003 Jan;2(1):43-53.
28. Bonita R, Solomon N, Broad JB. Prevalence of stroke and stroke-related disability. Estimates from the Auckland stroke studies. *Stroke.* 1997 Oct;28(10):1898-902.
29. Prieto-Flores ME, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Lardies-Bosque R, Rodriguez-Rodriguez V, Ahmed-Mohamed K, et al. [Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005]. *Rev Esp Salud Publica.* 2008 May-Jun;82(3):301-13.
30. Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci.* 2003 May;22(3):159-66.

Anexos

Anexado a esta tese estão os seguintes documentos:

- 1- Questionário *Medical Outcomes Study Short-Form 12v2 Health Survey Standard (SF-12v2)*,
Copyrighted By QualityMetric Incorporated, em português - Portugal;
- 2- Documento de autorização do conselho de administração da ULS da Guarda;
- 3- Formulário de Consentimento Informado.