



BACHARELADO EM MEDICINA

**NATHALIA BARROS RODRIGUES
NATHÁLIA DO NASCIMENTO ARRUDA**

**ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL E ESPIRITUALIDADE EM
PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CIDADE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

JABOATÃO DOS GUARARAPES
2023

**NATHALIA BARROS RODRIGUES
NATHÁLIA DO NASCIMENTO ARRUDA**

**ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES APÓS
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CIDADE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para o
cumprimento da disciplina de TCC II,
para obtenção de título em Bacharel em
Medicina.

Orientador(a): Arturo de Pádua Walfrido
Jordán

Jaboatão dos Guararapes

2023

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as famílias participantes pela contribuição nesta pesquisa, nos recebendo carinhosamente, no conforto de suas casas.

Agradecemos a toda equipe das unidades de saúde da família, em especial aos agentes de saúde que disponibilizaram seu tempo para nos ajudar na realização das visitas.

Aos nossos familiares, que nos deram todo o suporte durante a realização deste trabalho.

Aos nossos amigos, que compartilharam conosco as angústias, os medos e os desafios.

E ao nosso orientador, Arturo de Pádua, que acreditou no nosso projeto e nos guiou para a execução deste.

ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CIDADE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANALYSIS OF MENTAL HEALTH AND SPIRITUALITY IN PATIENTS AFTER STROKE ACCIDENT IN PRIMARY CARE IN A CITY IN THE STATE OF PERNAMBUCO

RESUMO:

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. As sequelas do AVE podem incluir problemas psiquiátricos, como a depressão e ansiedade. Dados estatísticos evidenciam a prevalência de aproximadamente 30% de sintomas depressivos pós-AVE. A espiritualidade e a religião podem ter um impacto positivo na saúde mental dos indivíduos, incluindo aqueles que sofreram um AVE. **Objetivo:** Analisar a saúde mental e espiritualidade em indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico em cidade do estado de Pernambuco. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal, com metodologia quantitativa. A amostra foi composta por 15 usuários da USF Santa Felicidade e USF Nossa Senhora do Carmo que sofreram AVE e preencheram os critérios de elegibilidade. Os dados foram coletados usando um questionário sociodemográfico e de perfil de saúde construído pelos autores e as escalas validadas: Versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a versão em português da Duke Religion Index [DUREL]. Os dados foram analisados utilizando os programas EXCEL 2016 e SPSS 13.0, além dos valores, elencados em escores, pré-determinados pelos próprios instrumentos, sendo seguidos os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: Do total de participantes, maioria era do sexo masculino (60%), parda (66.66%), casada (33.33%), natural do interior do estado de Pernambuco (60%), protestante (53.33%), não realiza atividades de lazer (66.66%). Dentre os entrevistados, 93,33% possuem acompanhamento regular com algum profissional da saúde e o mesmo número relatou sequela pós-AVE. Em relação à saúde mental, 46,67% apresentavam sintomas de ansiedade, 40% de depressão e 53,34% de estresse. **Discussão:** As sequelas físicas e a mudança da rotina decorrentes do AVE, incluindo reinternações, polifarmácia, dificuldade para realização de exercício físico e isolamento social, interferiram na saúde mental dos entrevistados. Contudo, a vivência da dimensão espiritual mostrou que, apesar da maioria dos pacientes estarem afastados da “instituição física” religiosa, seja ela de qualquer matriz, o vínculo com a religiosidade e espiritualidade mantinha-se presente na maioria dos casos. **Conclusão:** Os achados do estudo indicam uma prevalência de transtornos mentais na amostra pesquisada, além de uma espiritualidade presente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acidente Vascular Encefálico; Saúde Mental; Espiritualidade.

ABSTRACT:

Introduction: Stroke is one of the main causes of death and disability in the world. Stroke sequelae can include psychiatric problems, such as depression and anxiety. Statistical data show a prevalence of approximately 30% of post-stroke depressive symptoms. Spirituality and religion can have a positive impact on the mental health of individuals, including those who have suffered a stroke. **Objective:** To analyze mental health and spirituality in individuals after a stroke in a city in the state of Pernambuco. **Method:** This is an observational, analytical, cross-sectional study, with quantitative methodology. The sample was made up of 15 users from USF Santa Felicidade and USF Nossa Senhora do Carmo who suffered a stroke and met the eligibility criteria. Data were collected using a sociodemographic and health profile questionnaire constructed by the authors and validated scales: Short version of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Portuguese version of the Duke Religion Index [DUREL]. The data were analyzed using the EXCEL 2016 and SPSS 13.0 programs, in addition to the values, listed in scores, pre-determined by the instruments themselves, following the precepts of resolution 466/12 of the National Health Council. **Results:** Of the total number of participants, The majority were male (60%), mixed race (66.66%), married (33.33%), born in the interior of the state of Pernambuco (60%), Protestant (53.33%), and did not engage in leisure activities (66.66%). Among those interviewed, 93.33% have regular follow-up with a health professional and the same number reported post-stroke sequelae. Regarding mental health, 46.67% had symptoms of anxiety, 40% of depression and 53.34% of stress. **Discussion:** The physical sequelae and changes in routine resulting from the stroke, including readmissions, polypharmacy, difficulty in performing physical exercise and social isolation, interfered with the mental health of the interviewees. However, the experience of the spiritual dimension showed, despite the majority of patients being far from the religious “physical institution”, be it any matrix, the link with religiosity and spirituality remained present in most cases. **Conclusion:** The study findings indicate a prevalence of mental disorders in the researched sample, in addition to a present spirituality.

Keywords: Primary Health Care; Brain stroke; Mental health; Spirituality.

I. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a emergência clínica, caracterizada pela interrupção do fluxo sanguíneo para uma região cerebral, seja ela de origem isquêmica ou hemorrágica. Os fatores de riscos associados ao AVE são hipertensão, dislipidemia, sedentarismo, alto índice de massa corporal, diabetes mellitus, idade avançada, etnia negra, tabagismo, doença cardíaca e sexo feminino. De modo geral, o AVE é a segunda principal causa de morte no mundo e a terceira quando somados à mortalidade a incapacidade. Esses números não são distribuídos de maneira homogênea, sendo os países com média e baixa renda os maiores responsáveis por estas estatísticas. Desse modo, o Brasil está intimamente inserido nesta realidade (HAILU; MOHAMMED; YIMER, 2020).

O AVE, ainda, consiste na principal causa de morte, não acidental, na população adulta brasileira. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, cerca de 3,1 milhões de habitantes receberam o diagnóstico dessa enfermidade. Além disso, conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade, em 2020, o AVE foi responsável por cerca de 98.843 óbitos. Em 2022, apenas no mês de julho, ocorreram 8750 óbitos por AVE, ou seja, onze mortes a cada hora. Esses números demonstram que o AVE pode gerar sobrecarga do sistema de saúde, tanto com relação a assistência terciária, quanto na atenção primária de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC, 2022).

As complicações pós-AVE apresentam uma alta incidência, incluindo convulsões, pneumonia, hemorragia digestiva, infecção do trato urinário, infarto do miocárdio, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, úlcera por pressão e complicações psiquiátricas (INGEMAN; ANDERSEN; HUNDBORG; SVENDSEN; JOHNSEN, 2011). Diante disso, a depressão é uma complicação comum, com taxa de prevalência de aproximadamente 30%. Frequentemente, o início dos sintomas depressivos ocorre de forma aguda, em até sete dias após o evento, mas em alguns casos inicia-se meses depois (AYERBE, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). São apontados como possíveis fatores de risco de depressão pós-AVC: grau de incapacidade física, depressão prévia, comprometimento cognitivo e suporte familiar e social insatisfatório (TOWFIGHI; OVBIAGELE; HUSSEINI; HACKETT; JORJE; KISSELA; MITCHELL; SKOLARUS; WHOOLEY; WILLIAMS, 2017).

Além da depressão, foi relatado em estudo prospectivo alta incidência do transtorno de ansiedade em pacientes após AVE, afetando cerca de 25% dos pacientes pós-AVE e de 33% dos que sofreram um Ataque Isquêmico Transitório (AIT). Logo, o AVE repercute na saúde dos indivíduos em seu sentido mais abrangente, isto é, nos aspectos físico, social, emocional, mental e espiritual (CHUN; WHITELEY; DENNIS; MEAD; CARSON, 2018).

A associação positiva entre espiritualidade/religiosidade e saúde mental têm sido confirmadas por diversos estudos científicos: o bem-estar espiritual potencializa a capacidade de resiliência em condições estressantes ou situações de perda; promove comportamentos e estilos de vida mais saudáveis; e oferece acesso a ambientes motivadores e oportunidades de crescimento (LONGUINIERE, 2018).

A religiosidade/espiritualidade vem sendo reconhecida na literatura científica como um dos vértices do cuidado em saúde a partir de sua inclusão no conceito multidimensional de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). O conceito de religião é determinado como um conjunto de práticas e crenças relacionadas ao sagrado e ao Divino organizado por valores e rituais religiosos, sendo que seus praticantes podem aderir de forma frequente e formal, ou não (FIGUEIREDO, 2019). A espiritualidade é definida como uma questão pessoal, busca do sagrado. Está relacionada a fatores que transcendem a religião, que dão sentido à vida. Sendo assim, não é característica exclusiva de comunidades religiosas ou de algumas culturas, é algo intrínseco ao ser humano (SOUZA; CARVALHO; SCORSOLINI-COMIN, 2020).

Diante disso, o presente estudo analisou a saúde mental e espiritualidade em indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico (AVE) em cidade do estado de Pernambuco. A partir dos resultados alcançados nesta pesquisa, foi possível estabelecer a importância da espiritualidade no enfrentamento das consequências do Acidente Vascular Cerebral (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; STEINHAUSER; FITCHETT; HANDZO; JOHNSON; KOENIG; PARGAMENT; PUCHALSKI; SINCLAIR; TAYLOR; BALBONI, 2017).

II. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal, com metodologia quantitativa, realizado no período de setembro a outubro de 2023 nas unidades básicas de saúde USF Santa Felicidade e USF Nossa Senhora do Carmo, pertencentes a regional V do município de Jaboatão dos Guararapes.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, de pacientes vitimados por algum Acidente Vascular Encefálico (AVE). Foram excluídos da pesquisa pacientes em indivíduos em coma ou estado vegetativo.

A coleta foi realizada pelos pesquisadores em visitas domiciliares previamente agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, após a explicação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletadas informações do paciente através do questionário sociodemográfico e do perfil de saúde, como sexo, idade, escolaridade, região em que mora, renda familiar, estado civil, religião, profissão, comorbidades, medicações em uso, internamentos prévios e sequelas relacionadas ao AVE. Além desses, os pacientes responderam a outros dois questionários padronizados para avaliar ansiedade, depressão, estresse e sua religiosidade e espiritualidade.

O instrumento de análise da saúde mental utilizado foi a Versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), que conta com 21 itens, divididos em 3 subescalas, referentes a sintomas de depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) ocorridos na semana anterior, aos quais o sujeito atribui pontuação variando entre 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito, ou na maioria do tempo). O resultado foi obtido através do somatório das pontuações dos itens de cada subescala, sendo este somatório multiplicado por dois. A partir desse valor, pode-se classificar os sintomas em leve, moderado, severo e extremamente severo. Na presente pesquisa, utilizou-se a versão traduzida e validada para o português da DASS-21, elaborada por Vignola e Tucci, em 2014.

O parâmetro espiritualidade foi avaliado através da Duke Religion Index [DUREL] que capta três das dimensões de religiosidade as quais mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional [RO], não organizacional [RNO] e religiosidade intrínseca [RI]. Os pacientes marcaram uma entre cinco opções que variam de “1 = concordo totalmente” a “5 = discordo totalmente” [Likert Scale] de acordo com sua percepção no momento do preenchimento das questões.

Os dados obtidos durante o período de coleta foram armazenados no banco de dados dos programas EXCEL 2016 e SPSS 13.0.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/FITS, sob o CAAE nº 71027623.0.0000.8727 e parecer nº 6.168.846. Foram seguidos os preceitos das Resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, visando à preservação dos quatro referenciais da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

III. RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 15 pacientes, com média de idade de 63,2 anos. A maioria do sexo masculino, 9, (60%), parda, 10 (66.66%), casada, 5 (33.33%), natural do interior do estado de Pernambuco, 9, (60%), residente no município de Jaboatão dos Guararapes, 15 (100%) e em casa de alvenaria, com saneamento básico e água encanada, 10 (66.66%), protestante, 8 (53.33%), não realiza atividades de lazer, 10 (66.66%), com nível de escolaridade fundamental incompleto, 11 (73.33%), aposentada, 7, (46.66%), com renda familiar de um a três salários-mínimos, 14 (93.33%), reside com a família, 8 (53.33%), sendo um média de 2,67 pessoas residentes por domicílio (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos indivíduos vítimas de AVC atendidos nas USFs Santa Felicidade e Nossa Senhora do Carmo. Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil. 2023

Característica	N	%
Total de indivíduos da amostra	15	100
Sexo		
Masculino	9	60
Feminino	6	40
Naturalidade		
Interior do estado	9	60
Jaboatão dos Guararapes	5	33,33
Recife	1	6,66
Condições da habitação		
Casa de alvenaria, com saneamento básico, com água encanada	10	66,66
Casa de alvenaria, sem saneamento básico, com água encanada	5	33,33
Raça/ cor		
Parda	10	66,63

Preta	5	33,33
Religião		
Protestante	7	46,66
Católico	5	33,33
Sem religião, mas acredito em Deus	3	20
Realiza algum tipo de atividade de lazer		
Não	10	66,66
Sim, religiosa	3	20
Sim, cultural	1	6,66
Sim, física	1	6,66
Estado civil		
Casado	5	33,33
Divorciado	4	26,66
viúvo	3	20
união estável	2	13,33
Solteiro	1	6,66
Nível de escolaridade		
Fundamental incompleto	11	73,33
Fundamental completo	2	13,33
Médio completo	1	6,66
Médio incompleto	1	6,66
Profissão Atual		
Aposentado	7	46,66
Pensionista	4	26,66
Desempregado	1	6,66
Outros	2	13,33
Renda familiar		
1 a 3 salários-mínimos	14	93,33
Menos de 1 salário-mínimo	1	6,66
Com quem mora		
Familiar (res)	8	53,33
sozinho(a)	4	26,66
Parceiro	3	20
Quantidade de pessoas residentes no domicílio		
1 habitante / domicílio	4	26,66

2 habitantes / domicílio	5	33,33
3 habitantes / domicílio	4	26,66
4 habitantes / domicílio	2	13,33

Fonte: Autoria própria

Com relação ao perfil de saúde dos pacientes pesquisados, 100% dos entrevistados possuem hipertensão arterial sistêmica, 7 (46,66%) diabéticos, 1 (6,66%) com transtorno de ansiedade diagnosticado, 1 (6,66%) com alguma cardiopatia diagnosticada e 3 (20%) pacientes possuem outras patologias. Quanto às medicações de uso diário, 10 (66,66%) pacientes fazem uso regular de algum antiagregante AAS e/ou clopidogrel, 10 (66,66%) usam estatinas, 15 (100%) utilizam anti-hipertensivos, dentre esses pacientes, todos utilizam mais de uma classe medicamentosa. Do total, 7 (46,66%) usam algum antidiabético dentre eles insulina, biguanidas, sulfonilureias e inibidores de SGLT2, 3 pacientes (20%) utilizam anticonvulsivante, 1 (6,66%) benzodiazepínico e antidepressivo e 1 (6,66%) faz o uso de outras medicações (Tabela 2).

Do total de entrevistados, o ictus do evento vascular, em média, ocorreu há menos de 5 anos. Cerca de 5 (33,33%) aconteceu no último ano, 5 (33,33%) de dois a quatro anos, 1 (6,66%) de cinco a nove anos e 4 (26,66%) há 10 anos ou mais. No último ano 11 (73,99%) desses pacientes estiveram internados. Com base nos pacientes que foram internados, 7 (63,33%) foram internados por AVC, 2 (18,18%) por crise convulsiva, 1 (9,09%) por infarto agudo do miocárdio e 1 (9,09%) por descompensação de doença de base (diabetes mellitus). Além disso, 10 (90,90%) foram internados de 1 a 2 vezes e 1 (9,09%) de 2 a 3 vezes (Tabela 2).

Dentre os entrevistados 14 (93,33%) possuem acompanhamento regular com algum profissional da saúde, sendo todos esses, acompanhados pelo médico. Do total de participantes 1 (6,66%) por nutricionista, 1 (6,66%) fisioterapeuta e 1 (6,66%) por psicólogo (Tabela 2).

Além disso, 14 (93,3%) participantes do estudo ficaram com alguma sequela após o evento vascular. Levando em consideração o número total de entrevistados 7 (46,66%) possuía paralisia em algum dos braços e/ou em alguma das pernas, 4 (26,66%) parestesia em algum dos braços e/ou em alguma das pernas, 1 (6,66%) paraplegia de algum dos braços e/ou alguma das pernas, 5 (33,33%) parestesia e/ou paralisia em alguma parte do rosto, 1 (6,66%) alterações visuais e 1 (6,66%) afasia (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil de saúde dos indivíduos vítimas de AVC atendidos nas USFs Santa Felicidade e Nossa Senhora do Carmo. Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil. 2023

Característica	N	%
Total de indivíduos da amostra	15	100
Hipertensão arterial sistêmica	15	100
Diabetes Mellitus	7	46,66
Cardiopatias	1	6,66
Ansiedade	1	6,66
Outros	3	20
Medicações de uso diário		
Antihipertensivos	15	100
Antiagregante plaquetário (AAS e/ou Clopidogrel)	10	66,66
Estatinas	10	66,66
Antidiabéticos	7	46,66
Anticonvulsivante	3	20
Benzodiazepínico e antidepressivo	1	6,66
Outros	1	6,66
Há quanto tempo ocorreu o AVC?		
Há 1 ano	5	33,33
De dois a quatro anos	5	33,33
De cinco a nove anos	1	6,66
Há dez anos ou mais	4	26,66
Internamento no último ano		
Sim	11	73,3
Não	4	26,6
Se sim, por qual motivo?		
AVC	7	
Crise convulsiva	2	18,18
Infarto agudo do miocárdio	1	90,09
Descompensação de doença de base (diabetes mellitus)	1	9,09
Caso tenha sido internado no último ano, responda quantos internamentos foram?		
De 1 a 2	10	90,90
De 2 a 3	1	9,09
Possui acompanhamento com algum profissional de saúde		
Sim	14	93,33

Não	1	6,66
Acompanhamento realizado por:		
Médico	14	93,33
Nutricionista	1	6,66
Fisioterapeuta	1	6,66
Psicólogo	1	6,66
Você ficou com alguma sequela após o seu AVC?		
Sim	14	93,33
Não	1	6,66
Tipo de sequela após AVC		
Paralisia em algum dos braços e/ou alguma das pernas	7	46,66
Parestesia em algum dos braços e/ou em alguma das pernas	4	26,66
Paraplegia de algum dos braços e/ou em alguma das pernas	1	6,66
Parestesia e/ou paralisia em alguma parte do rosto.	5	33,33
Alteração visual	1	6,66
Afasia	1	6,66

Fonte: Autoria própria

Quanto à Escala DASS-21, 53,33% apresentavam sintomas normais, 26,66% ansiedade leve, 6,66% ansiedade moderada, 13,33% ansiedade extremamente severa, variando no total entre 0 e 24 pontos. Do total de indivíduos, a pontuação para depressão variou entre 0 e 24, dos quais 60% apresentavam sintomas normais, 13,33% depressão leve, 13,33% depressão moderada, 13,33% depressão severa. Sobre a variável estresse, a pontuação variou entre 0 e 22, dos quais, 46,66% apresentavam sintomas normais, 26,66% estresse leve e 26,66% estresse moderado (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de respostas dos indivíduos vítimas de AVC atendidos nas USFs Santa Felicidade e Nossa Senhora do Carmo na escala DASS 21. Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil. 2023

Característica	N	%
Total de indivíduos da amostra	15	100
Ansiedade pela DASS 21		
Normal (0-7)	8	53,33
Ansiedade leve (8-9)	4	26,66
Ansiedade moderada (10-14)	1	6,66
Ansiedade extremamente severa (20+)	2	13,33
Depressão pela DASS 21		
Normal (0-9)	9	60,00

Depressão leve (10-13)	2	13,33
Depressão moderada (14- 20)	2	13,33
Depressão severa (21-27)	2	13,33
Estresse pela DASS 21		
Normal (0-14)	7	46,66
Estresse leve (15-18)	4	26,66
Estresse moderado (19-25)	4	26,66
Fonte: Autoria própria		

Os dados obtidos por meio da Escala de DUREL sobre a religiosidade organizacional indicaram que 33,33% nunca frequentava igreja, templo ou encontro religioso, 20% mais de uma vez por semana, 13,33% uma vez por semana, 13,33% duas a três vezes por mês, 13,33% algumas vezes por ano, 6,66% anualmente. A respeito da religiosidade não organizacional, a maioria (46,66%) dedicava-se a atividades religiosas (preces, rezas, meditações, leitura da bíblia) mais de uma vez ao dia. Na análise da religiosidade intrínseca, a maior parcela dos participantes respondeu que é totalmente verdade que sentem a presença de Deus neles (93,33%), suas crenças religiosas estão realmente por trás da maneira como vivem (66,66%) e que se esforçam para viver a religião em todos os aspectos de suas vidas (53,33%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de respostas dos indivíduos vítimas de AVC atendidos nas USFs Santa Felicidade e Nossa Senhora do Carmo na escala de DUREL. Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil. 2023

Característica	N	%
Total de indivíduos da amostra	15	100
Religiosidade organizacional: Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?		
Mais de uma vez por semana	3	20
Uma vez por semana	2	13,33
Dois a três vezes por mês	2	13,33
Algumas vezes por ano	2	13,33
Uma vez por ano	1	6,66
Nunca	5	33,33
Religiosidade não organizacional: Com que frequência dedica seu tempo a atividades religiosas individuais?		
Mais de uma vez ao dia	7	46,66
Diariamente	2	13,33

Duas a três vezes por semana	1	6,66
Uma vez por semana	0	0
Poucas vezes por mês	0	0
Raramente ou nunca	5	33,33

Religiosidade intrínseca:

a) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito).

Totalmente verdade para mim	14	93,33
Em geral é verdade	1	6,66
Não estou certo	0	0
Em geral não é verdade	0	0
Não é verdade	0	0

b) Minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

Totalmente verdade para mim	10	66,66
Em geral é verdade	4	26,66
Não estou certo	1	6,66
Em geral não é verdade	0	0
Não é verdade	0	0

c) Eu me esforço para viver minha religião em todos os aspectos da minha vida.

Totalmente verdade pra mim	8	53,33
Em geral é verdade	4	26,66
Não estou certo	1	6,66
Em geral não é verdade	0	0
Não é verdade	2	13,33

Fonte: Autoria própria

IV. DISCUSSÃO

O presente estudo constatou o impacto do Acidente Vascular Encefálico na saúde mental dos sobreviventes, bem como a relevância da religiosidade e espiritualidade neste grupo. A literatura aborda como possíveis fatores de risco de depressão pós-AVE: o grau de incapacidade física, antecedente de depressão, comprometimento cognitivo, além do suporte familiar e social insatisfatório (TOWFIGHI; OVBIAGELE; HUSSEINI; HACKETT; JORJE; KISSELA; MITCHELL; SKOLARUS; WHOOLEY; WILLIAMS, 2017).

Vale ressaltar que a maioria dos entrevistados possui algum grau de comprometimento físico (93,33% apresentam alguma sequela do AVE), repercutindo em uma vida sedentária (apenas 6,66% realizavam atividade física). Outro agravante, é que nove dos quinze entrevistados moram sozinhos ou apenas na companhia de um familiar ou do parceiro. Esse déficit na mobilidade e isolamento social podem dificultar a adesão aos planos terapêuticos, bem como o processo de reabilitação (FULLER-THOMSON; JENSEN, 2019).

Um dado notável a ser relatado é que a amostra desta pesquisa foi composta majoritariamente por participantes do sexo masculino (60%). Em contrapartida, segundo a Organização Mundial de Saúde, existe uma prevalência da ocorrência de AVE no sexo feminino, quando avaliado o número absoluto de casos (WHO, 2022).

Diante desse cenário, em 2012 foi instituída no Brasil uma linha de cuidado ao AVE. Ela tem por objetivo mitigar as taxas de morbimortalidade relacionadas à doença. Ou seja, abarca tanto os cuidados no evento agudo, com o intuito de reduzir danos, quanto o cuidado no período posterior. Nesse sentido, os pacientes dispõem de acompanhamento ambulatorial e domiciliar através principalmente da atenção básica de saúde (BRAZ; GONÇALVES; RECH; HAAS; PAIVA, 2022). No entanto, na prática, essas medidas estão distantes da realidade vivenciada por esses pacientes. Assim como demonstrado na pesquisa, dos 93,3% que tinham acesso à unidade de Saúde, apenas 21,3% tinham acesso a algum outro profissional além do médico da atenção primária. Corroborando com isso, segundo alguns estudos desenvolvidos no mundo, essas políticas estão longe de serem efetivas. As problemáticas envolvidas no processo são as mais variadas, desde o ingresso desse paciente no sistema público, o acesso à especialidade e a falta de diretriz no cuidado à longo prazo. Nesse ponto, encontra-se grande dificuldade em estabelecer comunicação entre os serviços especializados à nível terciário com as equipes da atenção primária em saúde (APS) (CRUZ; SILVA; ARAÚJO; PENICHE; FARIA, 2020).

Nesse sentido, existe uma dificuldade em triar e acompanhar esse paciente dentro da atenção primária à saúde. Muitos dos pacientes apresentam graus distintos de comprometimento, desde motor até a parte cognitiva. Desse modo, essa debilidade, em muitos dos casos, é responsável por agravar as patologias prévias ou acarretar novas. Consequentemente, propicia o aumento do número de reinternações anuais desses pacientes (CRUZ; SILVA; ARAÚJO; PENICHE; FARIA, 2020).

No presente estudo, 66,66% dos indivíduos foram internados durante o último ano. Além disso, é possível inferir dos dados coletados na pesquisa que cerca de 18,18% sofreram

um novo ictus. O que demonstra falha quanto a manutenção de uma prevenção terciária. Um exemplo prático disso é que dentre os pacientes estudados 44,44 % não faziam uso regular de AAS, medicação de extrema importância no controle de novos eventos. Outro caso evidenciado nesta pesquisa foi de um participante que faz uso de benzodiazepínico e antidepressivo, mas não é acompanhado regularmente pela unidade de saúde nem por psiquiatra ou psicólogo. Um contraponto com a realidade brasileira, é que em países desenvolvidos a identificação desses pacientes e o encaminhamento para especialistas ocorre de modo mais eficaz, propiciando reabilitação e assistência adequadas (CRUZ; SILVA; ARAÚJO; PENICHE; FARIA, 2020).

Também foi possível observar durante o estudo que 9 dos 15 pacientes faziam o uso de mais de cinco medicações diferentes. Além disso, a faixa etária média desses indivíduos é de 63,2 anos. Nesse contexto, vale ressaltar a problemática da polifarmácia tão frequente nesse grupo, principalmente visto as comodidades que estão associadas com a longevidade. Um grande ponto envolvendo essa temática são os riscos de iatrogenia medicamentosa em decorrência da chance aumentada de interações entre os fármacos, um fator importante de morbimortalidade. No entanto, é importante salientar que ao mesmo tempo que o elevado número de medicações pode aumentar o risco de efeitos adversos e interações medicamentosas, elas mantêm o paciente estável. Logo, traçando uma linha muito tênue entre os ricos e os malefícios dessa condição. Dessa forma é necessário que seja feita uma escolha racional da terapêutica indicada, para cada paciente individualmente, a fim de mitigar os malefícios associados à polifarmácia (TINÔCO; COSTA; SOUSA; MARQUES M.; MARQUES T.; MARTINS; JÚNIOR; SALIBA, 2021).

A análise através da escala DASS-21 indicou que a amostra apresentou níveis de ansiedade, depressão e estresse acima do normal determinados pela escala. Do total de participantes, 40% apresentaram sintomas depressivos, dentre os quais classificados como depressão leve, moderada e severa. Esses dados assemelham-se aos relatados na literatura. Segundo dados agrupados de 50 estudos, a prevalência de depressão variou entre 25 e 32%, apresentando uma incidência cumulativa nos 5 anos após o AVE de 39 a 52%. Na pesquisa, 83,3% dos indivíduos acometidos com sintomas depressivos sofreram o evento cerebrovascular há mais de dois anos (AYERBE; AYIS; WOLFE; RUDD, 2013).

Nesse contexto, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM-V) correlaciona o transtorno depressivo às implicações fisiológicas decorrentes do AVE, apontando que o início dos sintomas depressivos ocorre em até sete dias após o evento, mas

em alguns casos desencadeia-se meses depois (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSQUIATRIA, 2014).

Com relação aos sintomas ansiosos, os resultados obtidos pela escala DASS-21 demonstraram que 46,66% dos indivíduos entrevistados vivenciam os sintomas, seja em um grau leve, moderado ou extremamente severo. Esse achado foi superior ao relatado na literatura. O estudo de Chun et al. (2018) apontou que o transtorno de ansiedade afeta cerca de 25% dos pacientes pós-AVE e de 33% dos que sofreram um ataque isquêmico transitório (AIT). Essas evidências atestam a necessidade de uma abordagem terapêutica para ansiedade nesses pacientes das USF Santa Felicidade e USF Nossa Senhora do Carmo, visto que o transtorno afeta a qualidade de vida e participação social, bem como a capacidade funcional individual (CHUN; WHITELEY; DENNIS; MEAD; CARSON, 2018).

A variável estresse da escala DASS-21 expôs que os sobreviventes do AVE analisados apresentavam estresse leve e moderado, ambas classificações com uma prevalência de 26,66%. Um estudo realizado em um hospital de alta complexidade da cidade de São Paulo (Brasil), evidenciou que o estresse experimentado após o AVE está associado à dependência funcional e aos sintomas de depressão. Isso porque a demanda por assistência para execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária podem acarretar sensação de perda de autonomia e identidade. Logo, esse conflito interno gera um alto nível de estresse (SANTOS; RODRIGUES; MARQUES; PONTES-NETO, 2015).

Em relação a espiritualidade, analisada através da escala de DUREL, constatou-se que todos os participantes reconheceram a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas. Nesse contexto, durante o desenvolvimento do estudo foi possível observar, que apesar da maioria dos pacientes estarem afastados da “instituição física” religiosa, seja ela de qualquer matriz, o vínculo com a religiosidade mantinha-se presente na maioria dos casos.

Essa relação espiritualidade e saúde mental apresenta papel fundamental no processo de enfrentamento no período pós-AVE, pois a maioria das pesquisas sobre o tema indica que práticas e crenças religiosas estão associadas a melhor saúde mental e física. De quase 850 estudos examinados sobre a relação entre religiosidade e saúde mental, a maioria endossa que o envolvimento religioso está associado a maior satisfação de vida e bem-estar, maior senso de propósito de vida, mais esperança e otimismo, além de mais estabilidade nos casamentos e menor índice de abuso de substâncias. Além disso, encontrou-se resultados positivos do envolvimento religioso em relação a: dor, debilidade física, doenças cardiovasculares, pressão sanguínea, infarto, função imune, função neuroendócrina, doenças

infecciosas, câncer e mortalidade (LUCCHETTI; GRANERO; NOBRE, 2010; KOENIG, 2012).

O presente estudo apresenta limitações às quais são imprescindíveis destacar. A maior limitação do estudo foi analisar de maneira representativa a ansiedade, estresse e depressão e as variáveis relacionadas no tamanho da amostra examinada. Além do mais, a compreensão das perguntas dos questionários pelos participantes foi um entrave durante a coleta de dados.

V. CONCLUSÃO

Através da escala DASS-21, observou-se que do total de participantes da pesquisa 46,67% apresentaram sintomas ansiosos, 40% depressivos e 53,34 estressantes. Portanto, a hipótese inicial do estudo foi constatada visto a alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse na amostra estudada e acima da média relatada na literatura. Diante disso, além das alterações fisiológicas provocadas pelo infarto cerebral, a nova dinâmica diária imposta pelas sequelas do AVE corrobora com o prejuízo da saúde mental. Pode-se identificar, também, a relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento das adversidades decorrentes do AVE. Logo, o cuidado com esses pacientes, no contexto da atenção primária, deve ocorrer de forma integral, valorizando sua fé e crenças. Esses achados indicam a necessidade de promover medidas terapêuticas para a saúde mental nas unidades de saúde às quais esses usuários são assistidos.

VI. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM. 5 ed.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

AYERBE, Luis; AYIS, Salma; WOLFE, Charles DA; RUDD, Anthony G. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 14-21, 2013. DOI 10.1192/bjp.bp.111.107664. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23284148/>. Acesso em: 1 maio 2023.

BRAZ, Cinthya Heloisa; GONÇALVES, Laura Faustino; RECH, Cassiano Ricardo; HAAS, Patricia; PAIVA, Karina Mary. Monitoramento a usuários pós-AVC na Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-14, 9 fev. 2022. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.12023>.

CHUN, Ho-Yan Yvonne; WHITELEY, William N.; DENNIS, Martin S.; MEAD, Gillian E.; CARSON, Alan J.. Anxiety After Stroke. **Stroke**, v. 49, n. 3, p. 556-564, mar. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.117.020078>.

CRUZ, Camila Ferreira da; SILVA, Soraia Micaela; ARAÚJO, Erika de freitas; PENICHE, Paula da Cruz; Aguiar, Larissa Tavares; FARIA, Christina Danielli Coelho de Moraes. Relação entre fatores ambientais e qualidade de vida em indivíduos com acidente vascular cerebral usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Acta Fisiatr**, v. 26, n. 2, p. 108-114, 26 dez. 2020. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v26i2a166378.

FIGUEIREDO, Nestor. Sobre a definição de religião: historiografia críticas e possibilidades. **Rever**, v. 19, n.2, mai-ago. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/45173/29878>.

FULLER-THOMSON, Esme; JENSEN, Lisa A. Flourishing After a Stroke: A Nationally Representative Portrait of Resilience and Mental Health Among Older Canadians. **SAGE journals**, v. 32, n. 6, ed. 5, 2020. DOI 10.1177/0898264318822228. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30624141/>. Acesso em: 22 abr. 2023.

HAILU, Abel Demerew; MOHAMMED, Solomon Ahmed; YIMER, Yohannes Shumet. Health-related quality of life of stroke patients before and after intervention: Systematic review. **Journal of Biology and Medicine**, n. 4, 9 dez. 2020. DOI DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/jbm.000023>. Disponível em: <https://www.peertechzpublications.com/articles/JBM-4-123.php>. Acesso em: 1 maio. 2023.

INGEMAN, Annette; ANDERSEN, Grethe; HUNDBORG, Heidi H.; SVENDSEN, Marie L.; JOHNSEN, Søren P. In-hospital medical complications, length of stay, and mortality among stroke unit patients. **Stroke**, Dinamarca, v. 42, ed. 11, 2011. DOI 10.1161/STROKEAHA.110.610881. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21868737/>. Acesso em: 25 abr. 2023.

KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1–33, 2012. ISSN: 2090-7966. DOI: 10.5402/2012/278730.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuid, Bucaramanga**, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, Apr. 2018.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra L.; NOBRE, Fernando. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 186–188, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/13-influencia.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. **Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines**. **Revista Brasileira de Psiquiatria** Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014. ISSN: 15164446. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1255. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000200176&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2021.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 136–145, 2007. ISSN: 1806-938X. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 4 mar. 2018.

SANTOS, Emanuella Barros dos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MARQUES, Sueli; PONTES-NETO, Octávio Marques. Perceived stress in elderly stroke survivors after hospital discharge to home. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 5, p. 797-803, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000500013>. Acesso em: 17 nov 2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC (Brasil). **Números do AVC no Brasil e no Mundo**. 2022. Disponível em: <https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 15 set. 2023.

SOUZA, Deise Coelho de; CARVALHO, Patrícia Paiva; SCORSOLINI-COMIN, Fábio. A religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar: reflexões e dilemas a partir da prática profissional. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 28, n. 1, jan-jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692020000100008.

STEINHAUSER, Karen E.; FITCHETT, George; HANDZO, George F; JOHNSON, Kimberly S.; KOENIG, Harold G; PARGAMENT, Kenneth; PUCHALSKI, Cristina M; SINCLAIR, Shane; TAYLOR, Elizabeth J.; BALBONI, Tracy A. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: definitions, measurement, and outcomes. **Journal Of Pain And Symptom Management**, v. 54, n. 3, p. 428-440, set. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>.

TINÔCO, Erica Elen Assis; COSTA ,Érica Junia da; SOUSA, Keliane da Costa; MARQUES, Maria José das Dores; MARQUES, Tainá Fernanda Aparecida Sales; MARTINS, Vanessa Arruda; JUNIOR, Arilton Januário Bacelar; SALIBA, William Argolo. Polifarmácia em Idosos: Consequências de Polimorbidades. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, v 35, e 2. Paraná, p. 79-85. jul. 2021. ISSN: 2317-4404. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjsr35-2>. Acesso em: 18/11/2023

TOWFIGHI, Amytis; OVBIAGELE, Bruce; HUSSEINI, Nada El; HACKETT, Maree L.; JORJE, Ricardo E.; KISSELA, Brett M; MITCHELL, Pamela H.; SKOLARUS, Lesli E. ; WHOOLEY, Maria A.; WILLIAMS, Linda S. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 48, ed. 2, p. 30-48, 2017. DOI 10.1161/STR.000000000000113. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.000000000000113?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 8 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Genève: World Health Organization; 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70897>.