

Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral

Versão Final Após Defesa

Beatriz Oliveira Pires

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2^o ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva

novembro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Beatriz Oliveira Pires, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11436 do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 22/11 /2023

Beatriz Oliveira Pires

Dedicatória

Aos meus queridos pais.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. Cláudia Silva por me guiar durante este percurso. Obrigada pela disponibilidade, rigor e, acima de tudo, por acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava.

Agradeço à Dra. Raquel David pela ajuda, profissionalismo, simpatia e partilha de conhecimentos. Obrigada por me fazer sentir em casa durante o árduo processo de recolha.

Um agradecimento muito especial à minha querida Dra. Patrícia Bernardo. Obrigada pela ajuda no pedido de parecer à comissão de ética da ULSCB, pelo apoio incondicional e, acima de tudo, pelo que fez por mim no último ano.

Aos meus pais, a quem dedico esta dissertação, obrigada por serem um exemplo de força e resiliência. Agradeço por todos os possíveis e impossíveis que fazem por mim. Nunca haverá palavras suficientes. Devo-vos tudo aquilo que sou!

À Sara, aquela que partilhou este projeto comigo, agradeço por nunca me ter deixado cair. Rimos, choramos e gritamos juntas. Nem sempre foi fácil, mas considero que a nossa amizade nos tornou mais fortes e nos fez chegar aqui, remando sempre para o mesmo lado. És para sempre!

À Cris, a minha grande surpresa deste ano, agradeço por toda a paciência e por partilhar esta luta comigo. Agradeço ainda por me dar o seu ombro amigo e por toda a sua generosidade.

Às minhas madrinhas, Bruna, Cláudia e Jé. Nunca conseguirei agradecer tudo aquilo que fizeram por mim. À Bruna, o meu SOS, obrigada por seres a única capaz de me recarregar energias quando não aguento mais. À Cláudia, o meu anjo na terra, agradeço por me fazer acreditar que não há impossíveis. À Jé, obrigada por mesmo do outro lado do oceano seres uma lufada de ar fresco na minha vida.

Às amigas que a faculdade me deu, por fazerem desta caminhada mais bonita e por todos os momentos partilhados. Um agradecimento especial à Bá, Bibi e Ana que estiveram sempre a meu lado. Agradeço a preocupação constante e força diária.

À minha Guida, à amiga que me atura desde as fraldas. Agradeço por me fazer lutar sempre por mais e melhor e por estar sempre disponível para mim, haja o que houver!

Ao Pedro, pela paciência infinita e por estar sempre ao meu lado.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os participantes da minha investigação por partilharem a sua experiência comigo. Obrigada por me fazerem evoluir como pessoa e profissional. Sem vocês não seria possível!

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo, incluindo Portugal, onde também é a principal causa de incapacidade permanente. Este estudo incluiu 108 participantes e objetivou avaliar os níveis de qualidade de vida (QdV) e suporte social em sobreviventes de AVC, com idades compreendidas entre os 33 e os 88 anos, usando a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um AVC (EQVE-AVC) e a Escala de Apoio Social (EAS). Os resultados mostraram diferenças significativas nos níveis de QdV em função do género, sequelas e tempo de hospitalização. Além disso, verificaram-se diferenças nos níveis de suporte social em função do estado civil. Embora não tenha sido encontrada correlação significativa entre a QdV e o suporte social, a idade correlacionou-se negativamente com a QdV e as suas dimensões. Em conclusão, este estudo enfatiza a importância de abordagens personalizadas na reabilitação e cuidados pós-AVC, bem como a necessidade de programas educacionais contínuos e apoio psicossocial para sobreviventes de AVC e familiares.

Palavras-chave

acidente vascular cerebral, qualidade de vida, suporte social, sobreviventes, políticas de saúde

Abstract

Stroke is a public health problem and one of the leading causes of death in the world, including Portugal, where it is also the leading cause of permanent disability. This study, that included 108 participants aged 33 to 88 years, aim to assess the levels of quality of life (QoL) and social support in stroke survivors, using the Specific Quality of Life Scale for Stroke Survivors (EQVE-AVC) and the Social Support Scale. Results showed significant differences in QoL levels according to gender, aftereffects, and hospitalization period. In addition, there were differences in the levels of social support according to marital status. Although no significant correlation was found between QoL and social support, age was negatively correlated with QoL and its dimensions. In conclusion, this study emphasizes the importance of personalized approaches in post-stroke rehabilitation and care, as well as the need for ongoing educational programs and psychosocial support for stroke survivors and their family members.

Keywords

stroke, quality of life, social support, survivors, health policies

Índice

Introdução	1
Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral.....	2
Qualidade de vida	3
Suporte social.....	4
QdV e suporte social	6
Método	7
Participantes	7
Instrumentos	9
Procedimento.....	10
Análise Estatística.....	10
Resultados.....	11
Análise Descritiva dos Questionários	11
Diferenças entre Grupos	12
Relação entre Variáveis	17
Discussão	18
Limitações.....	22
Implicações Práticas	23
Referências Bibliográficas	24
Apêndice	30
Apêndice Teórico	31
Referências Bibliográficas	39
Anexos.....	44
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSCB.....	45
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética do CHTV	46

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes (N = 108)

Tabela 2. Estatística Descritiva da EQVE-AVC

Tabela 3. Estatística Descritiva da EAS

Tabela 4. Análise das Diferenças na EQVE-AVC e nos seus Domínios em Função do Género (test-t de Student)

Tabela 5. Análise das Diferenças da EAS e os seus Domínios em Função do Estado Civil (ANOVA)

Tabela 6. Análise das Diferenças da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função do Tipo de AVC (ANOVA)

Tabela 7. Análise da Diferença da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função da Existência de Sequelas (test-t de Student)

Tabela 8. Análise da Diferença da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função do Tempo de Hospitalização (ANOVA)

Tabela 9. Matriz de Correlações de Pearson entre a EQVE-AVC e a EAS

Tabela 10. Matriz de Correlações de Pearson entre a idade e a EQVE-AVC

Lista de Acrónimos

AIT	Acidente Isquémico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD´s	Atividades da Vida Diária
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
EAS	Escala de Apoio Social
EQVE-AVC	Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
MSPSS	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
QdV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SIS 2.0	Questionário de Impacto do Acidente Vascular Cerebral
SPAVC	Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life Bref</i>
WSO	<i>World Stroke Organization</i>

Introdução

A presente dissertação, realizada no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (2º ciclo) da Universidade da Beira Interior, integra o projeto “Impacto de variáveis físicas e psicológicas na doença crónica: Avaliação e intervenção”. O objetivo deste projeto passa por avaliar fatores psicossociais em pessoas que têm de lidar diariamente com as exigências impostas pelas doenças crónicas, bem como contribuir para ajudar a fundamentar intervenções que ajudem ao processo de adaptação aos novos estilos de vida.

Esta investigação tem como título “Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral” e está escrita em forma de artigo, cumprindo as normas da revista *Psicologia, Saúde & Doenças*. Ademais, tem como objetivo geral avaliar os níveis de qualidade de vida e suporte social numa amostra de pacientes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral.

Em termos de organização, o presente artigo divide-se em três partes. Primeiramente, há uma breve introdução, de seguida é apresentado o método, os resultados e, posteriormente, a discussão. Por último, a presente dissertação, inclui ainda um anexo teórico, onde se apresenta um enquadramento teórico e conceptual das variáveis em estudo, o que permite um maior aprofundamento do tema.

Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte no mundo, assim como a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal (Bushnell et al., 2014; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), 2016). O número de casos de AVC tem vindo a aumentar consideravelmente devido a mudanças demográficas e a fatores de risco modificáveis (Butsing et al., 2019). A Organização Mundial de Saúde estima que, em 2019, ocorreram 12 097 mortes por 100 000 habitantes por AVC (WHO, 2020). De acordo com a *World Stroke Organization* (WSO) (2021), um em cada quatro adultos com mais de 25 anos irá ter um AVC no decorrer da sua vida, estimando-se que a taxa de incidência seja de aproximadamente 75% em indivíduos com 65 anos de idade (Lo Buono et al., 2017). Segundo a SPAVC (2016), por hora, três portugueses são vítimas de AVC, sendo que um deles não sobrevive e, dos restantes, um fica com sequelas graves.

O AVC resulta de um comprometimento a nível neurológico focal, às vezes global, com possível causa vascular, que acontece subitamente por um período de mais de 24 horas e que pode provocar morte (WHO, 2006). Quando este ocorre, a parte do cérebro afetada deixa de receber nutrientes vitais, assim como o sangue necessário, conduzindo a morte neuronal ou disfunção neuropsicológica (Cardenache & Johnson-Greene, 2013). Existem três tipos de AVC: a hemorragia intracerebral, consequência de uma hemorragia espontânea num local do cérebro; a hemorragia subaracnoide, ocorrendo quando existe uma hemorragia espontânea à superfície do cérebro; e o AVC isquémico, que acontece quando há uma insuficiência no fluxo sanguíneo (Hankey & Blacker, 2015). A distinção entre os tipos de AVC é basilar na prática clínica para fazer a avaliação, bem como para planear o tratamento (Cardenache & Johnson-Greene, 2013). De acordo com a literatura, a ocorrência de AVC isquémico é mais comum do que a de AVC hemorrágico, sendo que 85%-90% dos AVC's são isquémicos. Contudo, o AVC hemorrágico é mais mortal, tem mais sequelas e leva a uma pior perceção de qualidade de vida (QdV) (Lourenço et al., 2021). É importante fazer a diferenciação entre o AVC e o Ataque Isquémico Transitório (AIT), que é frequentemente causado por um bloqueio momentâneo do fornecimento de sangue ao cérebro. Este, por sua vez, ocorre rapidamente, durando aproximadamente entre 30 e 60 minutos, e, ao contrário do AVC, por norma, não causa lesões cerebrais permanentes (Cardenache & Johnson-Greene, 2013).

As pessoas que sobrevivem ao AVC podem sofrer consequências a nível físico, social e psicológico, o que tem um efeito significativo na capacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD's). As consequências físicas incluem limitações na visão e deglutição, problemas sensoriais e comunicacionais e, sobretudo dificuldades no movimento. A nível social, o AVC pode ter um efeito negativo nas relações familiares, levando ao divórcio ou separação, e dificulta a manutenção do papel social (Lo Buono et al., 2017). As consequências a nível psicológico englobam alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo muito comum a presença de sintomas de ansiedade e depressão, labilidade emocional, raiva, agressividade, frustração, apatia, medo de falhar, comportamentos desafiadores e, por vezes, perturbação de stress pós-traumático (Kneebone & Lincoln, 2012; Lo Buono et al., 2017).

Desta forma, estes indivíduos podem tornar-se bastante dependentes no que diz respeito ao seu autocuidado, sendo muitas vezes necessário recorrer a apoio constante, o que tem repercussões, tanto na sua vida, como na vida dos seus familiares e/ou amigos. Assim, o suporte social tem sido considerado fundamental para uma recuperação mais rápida e eficiente após o AVC (Sousa et al., 2020). Devido a esta dependência, acabam por ocorrer mudanças sociais, económicas e emocionais que contribuem significativamente para a diminuição da QdV destes indivíduos (Silva et al., 2016).

Qualidade de vida

Há um consenso em considerar a QdV como multidimensional, na medida em que engloba domínios físicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais, no que diz respeito à saúde e ao bem-estar (Sousa et al., 2020; Souto, 2020). O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) definiu a QdV como a “perceção dos indivíduos da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p.551). Esta definição foca-se na perceção subjetiva das várias dimensões, tais como saúde física, condição psicológica, nível de independência, interações sociais com o meio ambiente, crenças religiosas, entre outras (Vasconcelos et al., 2020).

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é muitas vezes usado com uma finalidade idêntica ao termo geral de QdV, contudo, enquanto a QdV é um conceito mais amplo, sem remeter diretamente para doenças, a QVRS tem uma relação mais direta com a doença ou intervenções em saúde (Canuto et al., 2016). Assim, a QVRS avalia a forma como o bem-estar do sujeito pode ser afetado devido a doença, incapacidade ou perturbação (Lo Buono et al., 2017).

A QVRS diz respeito à avaliação pessoal e subjetiva dos pacientes em relação ao seu estado de saúde, ou seja, à diferença entre as funções idealizadas e as funções que surgiram devido ao problema (Em et al., 2015). A QVRS é composta por dimensões objetivas, que incluem a função física, tendo como principal foco a mobilidade e desempenho do indivíduo nas AVD's, e por dimensões subjetivas que têm em conta os sentimentos e percepções dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde (Carod-Artal & Egido, 2009).

AVC e QdV

Tendo por base o atual modelo biopsicossocial da doença crônica, a percepção do estado de saúde e da QdV por parte dos utentes que sofreram um AVC, assim como dos seus cuidadores, tem-se mostrado fundamental tanto para a investigação, como para a prática clínica (Pinedo et al., 2017). Segundo a literatura, a ocorrência de AVC afeta significativamente a QdV dos pacientes (Alshahrani, 2020; Butsing et al., 2019; Canuto et al., 2016; Em et al., 2015; Lourenço et al., 2021), sendo a QdV destes sujeitos afetada pela dependência nas AVD's, pelo estado neurológico e por problemas de saúde mental (Alshahrani, 2020).

A QdV dos indivíduos que sofreram um AVC pode ser influenciada por fatores sociodemográficos, nomeadamente o sexo, a idade, o nível de escolaridade, o tempo de internamento, a situação socioeconómica, a condição de trabalho, o rendimento familiar mensal e o estado civil (Alshahrani, 2020; Butsing et al., 2019; Canuto et al., 2016; Em et al., 2015; Lee & Won, 2022), por fatores clínicos como o estado funcional, a duração da condição médica, as comorbilidades e o tempo de reabilitação, ou por fatores sociais, como o apoio, a confiança e a motivação para a reabilitação (Lee & Won, 2022).

No estudo português realizado por Lourenço e colaboradores (2021), verificou-se que ser mais velho, estar viúvo, ter um nível baixo de escolaridade, apresentar um menor rendimento mensal, ter um AVC do tipo hemorrágico e possuir comorbilidades eram fatores que estavam relacionados com uma redução da percepção de QdV.

Suporte social

O suporte social, um dos conceitos mais importantes na Psicologia da Saúde (Pais-Ribeiro, 2011), pode definir-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem podemos confiar, que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, p.127). Alshahrani (2020) acrescenta que este conceito se refere à disponibilidade ou fornecimento de uma relação, informação ou ajuda que

permita a um determinado indivíduo gerir eficazmente a sua vida quotidiana, na presença ou na ausência de uma crise.

De acordo com a literatura, as dimensões do suporte social mais estudadas são a emocional, a instrumental e a informacional. O suporte emocional refere-se à existência de relações baseadas na empatia, confiança e amor percebido pela pessoa (Rodriguez & Cohen, 1998), podendo ajudar a pessoa que passa por um AVC a lidar com as suas perdas (e.g., mobilidade, comunicação), ou até mesmo aumentar os seus níveis de autoconfiança e autoeficácia (Kruithof et al., 2013). O suporte instrumental diz respeito ao auxílio a nível tarefas práticas, assim como das necessidades materiais referentes a problemas do quotidiano (e.g., apoio financeiro, apoio no cuidado aos filhos). No que toca ao suporte informacional, este pode ser incluído no suporte instrumental e está relacionado com a partilha de informações que tenham como finalidade ajudar os indivíduos a resolver os seus problemas (Carvalho et al., 2011; Rodriguez & Cohen, 1998). Níveis elevados de suporte instrumental têm um efeito positivo no estado social e funcional dos indivíduos, enquanto altos níveis de suporte emocional influenciam significativamente a saúde psicossocial dos mesmos (Elloker & Rhoda, 2018).

Há uma certa congruência em relação à multidimensionalidade do suporte social, assim como acerca do impacto que determinados fatores do mesmo têm no bem-estar, saúde e doença dos sujeitos (Carvalho et al., 2011). O suporte social tem sido frequentemente relacionado com melhores resultados no que toca à saúde (Vaingankar et al., 2020). Isto pode ser justificado pelo facto de este ter um carácter maioritariamente protetor em circunstâncias de crise indutoras de stress, ou seja, trata-se de um mecanismo que torna os indivíduos mais fortes para encararem os momentos de maior instabilidade. Deste modo, nas situações em que existe um suporte social adequado, este pode diminuir os efeitos do stress na saúde, porém, em casos de inexistência ou perda de suporte social, este pode estar relacionado com o decréscimo do bem-estar, ou até mesmo com o aumento do impacto dos stressores (Carvalho et al., 2011; Kolankiewicz et al., 2014).

AVC e suporte social

O AVC tem repercussões consideráveis na vida social dos sujeitos, havendo uma diminuição da sua participação em atividades de carácter social, uma interrupção na vida familiar e uma maior vulnerabilidade no contacto com os amigos (Northcott et al., 2016). Deste modo, o suporte social é um elemento importante para uma gestão eficiente da doença e tem um papel ativo nos resultados do tratamento da mesma. Ademais, os indivíduos que sobrevivem ao AVC ficam, muitas das vezes, dependentes do apoio dos seus familiares e amigos (Vincent-Onabajo et al., 2016). Segundo o estudo

de Sumathipala e colaboradores (2011), o suporte social disponibilizado pelos amigos e familiares é fundamental para um melhor funcionamento dos sobreviventes de AVC, diminuindo significativamente o impacto das incapacidades provocadas pelo mesmo.

As consequências do AVC a nível funcional, tais como a disfunção ou incapacidade no movimento, podem provocar nos indivíduos elevados níveis de stress e insatisfação com a vida. Contudo, o suporte social pode amenizar esses efeitos, uma vez que, quando oferecido por sujeitos que integram a rede social, é um fator fundamental para que o sujeito se adapte à vida depois de experienciar uma condição crónica como o AVC (Butsing et al., 2019; Sousa et al., 2020).

QdV e suporte social

Segundo a literatura, o suporte social tem um efeito significativamente positivo na QdV dos sujeitos que sofreram um AVC, o que mostra que o suporte social proveniente dos profissionais de saúde e das famílias dos pacientes pode melhorar a QdV dos mesmos (Butsing et al., 2019; Lee & Won, 2022). Porém, a influência do suporte social na QdV dos sobreviventes de AVC ainda não é completamente compreendida. Alguns estudos têm tentado entender essa influência, como a investigação de Alshahrani (2020), que constatou que o suporte social fornecido por elementos da família ou outras pessoas significativas pode afetar o comportamento destes indivíduos, promovendo a sua participação em atividades relacionadas com a saúde, assim como na adesão ao tratamento (Alshahrani, 2020). Além disso, o suporte social parece fundamental para uma melhor recuperação do estado funcional dos indivíduos, na medida em que afeta positivamente a QdV. Deste modo, os sujeitos que recebem apoio de familiares e amigos tendem a apresentar elevados níveis de QdV, principalmente a nível físico e psicológico (Alshahrani, 2020). No estudo português de Sousa e colaboradores (2020), concluiu-se que os indivíduos que passaram por um AVC apresentavam níveis mais baixos de suporte social e de QdV, comparativamente com os indivíduos que constituíam o grupo de controle. Além disso, constatou-se que a QdV após o AVC estava relacionada positivamente com o suporte social.

Neste sentido, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar os níveis de QdV e de suporte social numa amostra de pacientes que sofreram um AVC. Em relação aos objetivos específicos, pretendeu-se verificar se existiam diferenças entre os níveis de QdV e de suporte social em função de algumas características sociodemográficas dos participantes, avaliar se havia relação entre os níveis de QdV e de suporte social, bem como avaliar se existia associação entre os níveis de QdV e a idade.

Método

Participantes

A amostra é composta por 108 participantes com idades compreendidas entre os 33 e os 88 anos ($M = 68.36$; $DP = 13.02$), sendo que 60 (55.6%) eram homens e 48 eram mulheres. Em relação às habilitações literárias, a maioria dos participantes (62%) frequentou a escola apenas até ao 4ºano, sendo que 18.5 % estudou até ao 9ºano, 10.2% finalizou o 12ºano e, por fim, 9.2% possui um curso superior. No que toca ao local de residência, a maioria dos participantes (59.3%) residia numa aldeia. Grande parte dos inquiridos (63.9%) era casado e 14.8% era viúvo. Além disso, a maioria dos participantes tinha filhos (90.7%). No que concerne ao agregado familiar, 61.1% apresentava um agregado composto por 2 pessoas e 16.7% residia sozinho/a. Mais de metade dos inquiridos (57.4%) era reformado e 30.6% tinha um emprego a tempo inteiro. Relativamente ao tipo de AVC, grande parte da amostra teve um AVC isquémico (74.1%), 13.9% hemorrágico e 12% sofreram um AIT. Ademais, 32.4% dos inquiridos ficou hospitalizado de 1 a 5 dias, 31.5% de 5 a 10 dias, 29.6% mais de 10 dias e apenas 6.5% não ficaram hospitalizados. A maioria dos participantes apresentava sequelas (74.1%) e não tinha qualquer tipo de acompanhamento psicológico (85.2%).

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes (N = 108)

	<i>n (%)</i>	<i>M (DP)</i>
Idade		68.36 (13.02)
Género		
Masculino	60 (55.6)	
Feminino	48 (44.4)	
Habilitações Literárias		
Até ao 4ºano	67 (62)	
Até ao 9ºano	20 (18.5)	
12ºano	11 (10.2)	
Ensino Superior	10 (9.2)	
Local de Residência		
Aldeia	64 (59.3)	
Vila	13 (12)	
Cidade	31 (28.7)	
Estado Civil		
Solteiro/a	10 (9.3)	
Casado/a	69 (63.9)	

União de Facto	2 (1.9)
Divorciado/a	11 (10.2)
Viúvo/a	16 (14.8)
Filhos	
Não	10 (9.3)
Sim	98 (90.7)
Agregado Familiar	
2 pessoas	66 (61.1)
3 pessoas	10 (9.3)
4 pessoas	8 (7.4)
5 pessoas ou mais	5 (4.6)
Reside sozinho	18 (16.7)
Reside numa ERPI	1 (0.9)
Situação Profissional	
Estudante	1 (0.9)
Doméstico/a	2 (1.9)
Emprego a tempo inteiro	33 (30.6)
Emprego em part-time	1 (0.9)
Desempregado/a	3 (2.8)
Reformado/a	62 (57.4)
Outra situação	6 (5.6)
Tipo de AVC	
Isquémico	80 (74.1)
Hemorrágico	15 (13.9)
AIT	13 (12)
Hospitalização	
Não	7 (6.5)
Sim, de 1 a 5 dias	35 (32.4)
Sim, de 5 a 10 dias	34 (31.5)
Sim, mais de 10 dias	32 (29.6)
Sequelas	
Não	28 (25.9)
Sim	80 (74.1)
Acompanhamento Psicológico	
Não	92 (85.2)
Sim	16 (14.8)

Instrumentos

Tendo em conta as variáveis em estudo, foram selecionados questionários que permitiram proceder à recolha de informação de acordo com os objetivos propostos. Desta forma, foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, uma Ficha Clínica, a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC) e a Escala de Escala de Apoio Social (EAS).

O **Questionário Sociodemográfico** foi utilizado com o objetivo de recolher informações pessoais relativas aos participantes, tais como idade, género, habilitações literárias, local de residência, estado civil, número de filhos, agregado familiar, situação profissional. A **Ficha Clínica** foi usada com o intuito de recolher informações clínicas em relação aos participantes, nomeadamente tipo de AVC, há quanto tempo tinha ocorrido, tempo de hospitalização, sequelas, fatores de risco, presença de outros problemas crónicos, assim como acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

A **Escala de Qualidade de Vida Específica para utentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral** (EQVE-AVC) foi desenvolvida por William e colaboradores em 1999, tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Malheiro e colaboradores em 2009. Este instrumento tem como objetivo avaliar a QdV em utentes após experienciarem um AVC. É composto por 49 itens, divididos em 12 domínios, sendo estes: (1) Energia; (2) Papel Familiar; (3) Linguagem; (4) Mobilidade; (5) Disposição; (6) Personalidade; (7) Autocuidados; (8) Papel Social; (9) Capacidade Mental; (10) Função do Membro Superior; (11) Visão; (12) Trabalho/Produtividade (Malheiro et al., 2009). Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 1 a 5, sendo que 1 indica que o participante necessita de ajuda total e/ou não consegue fazer determinada atividade e/ou concorda fortemente com a afirmação. Em contrapartida, o 5 significa que o indivíduo não precisa de ajuda e/ou realiza a atividade sem qualquer dificuldade e/ou discorda fortemente com determinado item. Em relação à pontuação, pode obter-se o resultado total do questionário, bem como resultados individuais de cada domínio. É importante destacar que a uma maior pontuação, corresponde uma melhor QdV (Malheiro et al., 2009).

Relativamente aos estudos psicométricos do instrumento, a EQVE-AVC apresentou uma consistência interna muito boa, com um alfa de *Cronbach* de .94. No que toca à consistência interna de cada um dos domínios, foram encontrados valores superiores a .734, com exceção do domínio Papel Familiar (Malheiro et al., 2009). No presente estudo, a consistência interna da EQVE-AVC foi considerada muito boa, revelando um alfa de *Cronbach* de .96. Relativamente aos 12 domínios, os valores foram os seguintes: .900 para a Energia; .529 para o Papel Familiar; .939 para a Linguagem; .925 para a Mobilidade; .835 para a Disposição; .842 para a Personalidade;

.895 para os Autocuidados; .852 para o Papel Social; .768 para a Capacidade Mental; .878 para a Função do Membro Superior; .837 para a Visão; .917 para o Trabalho/Produtividade. Deste modo, com exceção do domínio Papel Familiar, a consistência interna dos domínios foi classificada entre boa e muito boa (Pereira & Patrício, 2020).

A **Escala de Apoio Social** (EAS) foi criada por Matos e Ferreira em 2000, tendo como objetivo avaliar a forma como o indivíduo percebe o seu apoio social. É uma escala de autorresposta composta por 16 itens, avaliados através de uma escala *Likert* de 5 pontos. Estes itens agrupam-se em três fatores: o Apoio Informativo, o Apoio Emocional e o Apoio Instrumental. Apresenta alguns itens (2, 5, 12, 13, 14 e 16) que devem ser cotados de forma inversa devido à forma como estão formulados (Matos & Ferreira, 2000).

De acordo com os autores deste instrumento, o alfa de *Cronbach* global foi de .849, sendo indicador de uma boa consistência interna. Relativamente aos fatores, foram encontrados valores entre .60 e .70 (Matos & Ferreira, 2000). No presente estudo, a consistência interna da EAS foi considerada boa, com um alfa de *Cronbach* de .877. No que toca aos fatores da escala, os valores foram os seguintes: .777 para o Apoio Informativo; .769 para o Apoio Emocional; .745 para o Apoio Instrumental. Assim, a consistência interna dos fatores pode ser considerada boa (Pereira & Patrício).

Procedimento

Posteriormente à aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), deu-se início à recolha de dados, presencialmente, nos serviços de consulta externa destes hospitais, sendo de salientar o grande apoio por parte das equipas médicas. Antes de iniciar o preenchimento do questionário, eram explicados os objetivos gerais do estudo ao doente, bem como respeitados todos os princípios éticos, como o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade dos dados. A recolha decorreu entre janeiro e abril de 2023 e os critérios de inclusão da amostra foram: 1) ter idade superior a 18 anos; 2) ter nacionalidade portuguesa; 3) apresentar diagnóstico clínico de AVC há pelo menos 10 dias. Relativamente aos critérios de exclusão, foram consideradas todas as condições clínicas que impossibilitassem os participantes de responder ao protocolo.

Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada através do *software IBM SPSS Statistics*, versão 28. Foi realizado o teste de normalidade, que permitiu verificar que

existia uma distribuição aproximadamente normal. Assim, de acordo com o Teorema do Limite Central, optou-se pela utilização de testes paramétricos devido à sua maior robustez, bem como ao tamanho da amostra (Marôco, 2011).

De modo a descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, foi realizada uma análise de frequências. Em seguida, foi efetuada uma análise descritiva dos resultados da EQVE-AVC e da EAS, recorrendo à média, desvio padrão e valores mínimos e máximos. Para testar as diferenças entre grupos, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, para determinar se as médias nas variáveis dependentes nos grupos comparados diferiam significativamente, e a análise da variância unifatorial (ANOVA) de modo a comparar médias entre três ou mais grupos. De seguida, foi efetuado um teste *post hoc* de *Tukey* para analisar comparações múltiplas. Por fim, para averiguar a relação entre a EQVE-AVC e a EAS, bem como entre a EQVE-AVC e a idade, procedeu-se a uma análise de correlação bivariada com o coeficiente de *Pearson*.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (*p*) não excedeu o nível de significância de 5%.

Resultados

Análise Descritiva dos Questionários

Na EQVE-AVC, que avalia a QdV em utentes que sofreram um AVC, obteve-se uma média de 154.65 e um desvio-padrão de 47.16. Neste instrumento, os domínios apresentam um número de itens diferente. Como tal, optou-se por calcular a média por domínio com base na divisão total pelos itens. Neste sentido, os domínios com maior média foram a Visão ($M = 4.14$; $DP = 1.21$), os Autocuidados ($M = 3.60$; $DP = 1.41$) e a Linguagem ($M = 3.52$; $DP = 1.45$). Pelo contrário, os domínios com média mais baixa foram a Energia ($M = 2.45$; $DP = 1.45$), a Mobilidade ($M = 2.70$; $DP = 1.45$), o Papel Social ($M = 2.66$; $DP = 1.30$) e o Trabalho/Produtividade ($M = 2.64$; $DP = 1.54$), revelando uma baixa QdV nestas áreas (Tabela 2).

Tabela 2

Estatística Descritiva da EQVE-AVC

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min. – Máx. (obtido)	Min. – Máx. (possível)
Energia	2.45	1.45	3 – 15	3 – 15
Papel Familiar	3.10	1.21	3 – 15	3 – 15
Linguagem	3.52	1.45	5 – 25	5 – 25

Mobilidade	2.70	1.45	6 – 30	6 – 30
Disposição	3.36	1.26	5 – 25	5 – 25
Personalidade	3.27	1.51	3 – 15	3 – 15
Auto Cuidados	3.60	1.41	5 – 25	5 – 25
Papel Social	2.66	1.30	5 – 25	5 – 25
Capacidade Mental	3.04	1.41	3 – 15	3 – 15
Função do Membro Superior	3.36	1.39	5 – 25	5 – 25
Visão	4.14	1.21	3 – 15	3 – 15
Trabalho/Produtividade	2.64	1.54	3 – 15	3 – 15
EQVE-AVC Total	154.65	47.16	60 – 245	49 – 245

Relativamente à EAS, utilizada para a avaliação do apoio social, verificou-se uma média de 61.61 e um desvio-padrão de 10.65. A EAS também apresenta fatores com número de itens diferente, optando-se por avaliar a média dos mesmos com base na divisão do total pelo número de itens. No que concerne aos fatores do instrumento, estes apresentaram uma média muito semelhante, contudo o fator do Apoio Informativo obteve a média mais baixa ($M = 3.49$; $DP = 0.74$) (Tabela 3).

Tabela 3

Estatística Descritiva da EAS

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín. – Máx. (obtido)	Mín. – Máx. (possível)
Apoio Informativo	3.49	0.74	1 – 5	6 – 30
Apoio Emocional	3.93	0.82	1 – 5	5 – 25
Apoio Instrumental	4.20	0.81	1 – 5	5 – 25
EAS Total	61.61	10.65	16 – 80	16 – 80

Diferenças entre Grupos

No que concerne à análise das diferenças no nível de suporte social, em função da variável género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(106) = -.483$; $p = .630$). Contudo, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nos níveis de QdV. Desta forma, verificou-se que os homens ($M = 166.43$; $DP = 48.15$) apresentaram níveis de QdV superiores aos das mulheres ($M = 139.92$; $DP = 41.88$). No que toca aos domínios da QdV, também foram encontradas diferenças de acordo com o género nas subescalas Energia ($p < .001$), Papel Familiar ($p < .05$), Disposição ($p < .05$), Personalidade ($p < .05$), Papel Social ($p < .05$), Capacidade Mental ($p < .05$) e Trabalho/Produtividade ($p < .05$).

.05). É importante referir que os homens apresentaram uma média superior em relação às mulheres em todos estes domínios (Tabela 4).

Tabela 4

Análise das Diferenças na EQVE-AVC e nos seus Domínios em Função do Género (test-t de Student)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Energia	8.78	4.48	5.56	3.48	4.207	<.001
Papel Familiar	10.08	3.83	8.35	3.16	2.570	.012
Linguagem	18.45	7.24	16.56	7.17	1.352	.179
Mobilidade	17.32	9.22	14.77	7.85	1.549	.124
Disposição	18.55	5.61	14.58	6.45	3.362	.001
Personalidade	10.73	4.37	8.69	4.48	2.391	.019
Auto Cuidados	18.25	7.35	17.65	6.71	.441	.660
Papel Social	14.60	7.13	11.71	5.28	2.419	.017
Capacidade Mental	9.93	4.35	8.13	3.87	2.253	.026
Função do Membro Superior	17.83	6.87	15.54	6.93	1.715	.089
Visão	12.75	3.68	12	3.54	1.071	.287
Trabalho/Produtividade	9.15	4.78	6.38	3.91	3.319	.001
EQVE-AVC Total	166.43	48.15	139.92	41.88	3.011	.003

De acordo com os resultados obtidos na análise de variância (ANOVA) unidirecional em relação aos níveis de QdV em função da variável habilitações literárias, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($f(3, 104) = 1.599$; $p = .194$). Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em algumas dimensões da QdV em função das habilitações literárias, nomeadamente na Energia ($f(3, 104) = 2.909$; $p = .038$) e no Papel Social ($f(3, 104) = 2.728$; $p = .048$). Relativamente à dimensão Energia, o teste *post hoc* de *Tukey* revelou a existência de diferenças específicas entre os indivíduos até ao 4º ano de escolaridade e os indivíduos que concluíram o ensino superior ($p < .05$). No que toca à dimensão Papel Social, não foram encontradas diferenças específicas entre os grupos.

Como se pode observar na tabela 5, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível de suporte social total em função do estado civil, bem como na dimensão Apoio Emocional. É importante realçar que se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos solteiros e aqueles que são casados ou vivem em união de facto ($p < .05$) na EAS Total e no domínio Apoio Emocional.

Tabela 5

Análise das Diferenças da EAS e os seus Domínios em Função do Estado Civil (ANOVA)

	Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo		F(3,104)
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
	Apoio Informativo	17.80	5.39	21.56	3.89	20.73	5.39	20.44	
Apoio Emocional	15.20	5.55	20.51	3.39	19.09	5.56	19.13	3.18	5.793**
Apoio Instrumental	18.90	6.05	20.94	4.04	20.73	4.00	22.63	1.78	1.802
EAS Total	51.90	15.81	63.01	9.43	60.55	12.09	62.19	8.60	3.454*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Foi realizada uma análise da variância, considerando os níveis de QdV em função do tipo de AVC, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Mobilidade, Autocuidados, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade (Tabela 6). É de salientar que ao realizar o teste *post hoc* de Tukey, foram detetadas diferenças significativas entre os pacientes com AVC

Tabela 6

Análise das Diferenças da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função do Tipo de AVC (ANOVA)

	AVC Isquémico		AVC Hemorrágico		AIT		F(2,105)
	M	DP	M	DP	M	DP	
Energia	7.29	4.27	6	3.91	9.31	4.97	2.085
Papel Familiar	9.14	3.61	9.47	4.19	10.23	3.27	.516
Linguagem	17.35	7.31	18.60	6.85	18.08	7.68	.216
Mobilidade	16.38	8.62	11.60	8.01	20.31	8.05	3.753*
Disposição	16.58	6.25	17	7.15	17.85	5.84	.235
Personalidade	9.36	4.65	10.47	3.91	11.92	3.84	2.012
Auto Cuidados	18.13	6.92	14.13	7.17	21.54	5.95	4.140*
Papel Social	12.94	6.55	13.60	6.17	15.31	6.74	.755
Capacidade Mental	9.06	4.06	8.53	4.31	10.23	5.20	.597
Função do Membro Superior	16.80	6.91	12.73	6.51	21.62	4.72	6.222**
Visão	12.34	3.80	12.13	3.44	13.23	2.65	.389
Trabalho/Produtividade	7.75	4.52	6.27	3.99	10.85	4.83	3.833*
EQVE-AVC Total	153.10	46.91	140.53	47.01	180.46	42.19	2.749

* $p < .05$. ** $p < .01$

hemorrágico e com AIT ($p < .05$) nas dimensões Mobilidade, Autocuidados, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade. Também foram encontradas diferenças significativas entre o AVC isquêmico e o AIT ($p < .05$) no domínio Função do Membro Superior.

Como se pode observar na tabela 7, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de QdV em função da existência ou não de sequelas do AVC ($p < .001$). Deste modo, verificou-se que os indivíduos sem sequelas ($M = 183.61$; $DP = 39.93$) apresentaram maiores níveis de QdV, comparativamente aos indivíduos com sequelas ($M = 144.51$; $DP = 45.46$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios ($p < .05$), exceto na Linguagem, Capacidade Mental e Visão.

Tabela 7

Análise da Diferença da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função da Existência de Sequelas (test-t de Student)

	Não		Sim		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Energia	9.46	4.62	6.61	4.03	3.100	.002
Papel Familiar	11.43	3.02	8.58	3.56	3.790	< .001
Linguagem	19.07	7.07	17.10	7.27	1.244	.216
Mobilidade	21.07	7.66	14.48	8.41	3.650	< .001
Disposição	19.07	5.36	15.99	6.42	2.483	.016
Personalidade	11.68	4.16	9.18	4.48	2.592	.011
Autocuidados	20.75	5.85	17.01	7.20	2.733	.008
Papel Social	16.93	6.09	12.05	6.20	3.599	< .001
Capacidade Mental	10.14	4.20	8.78	4.20	1.483	.141
Função do Membro Superior	20.71	5.28	15.45	6.99	4.152	< .001
Visão	13	2.55	12.21	3.92	1.208	.231
Trabalho/Produtividade	10.29	4.54	7.09	4.36	3.304	.001
EQVE-AVC Total	183.61	39.93	144.51	45.46	4.036	< .001

De acordo com a análise de diferenças na QdV e suas dimensões em função da variável hospitalização, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na QdV Total ($p < .001$), bem como nas subescalas Papel Familiar, Linguagem, Mobilidade, Autocuidados, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade (Tabela 8). É importante destacar que na subescala Papel Familiar, se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que não foram

hospitalizados e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$), bem como entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$). Na Linguagem, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e aqueles que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$). Em relação à dimensão Mobilidade, também se verificaram diferenças significativas entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e os que foram hospitalizados durante um período superior a 10 dias ($p < .05$). Nos Autocuidados encontraram-se diferenças entre os indivíduos que não foram hospitalizados e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$), assim como entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$). Relativamente à Função do Membro Superior, verificaram-se diferenças entre os indivíduos que não foram hospitalizados e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$), entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e aqueles que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .001$), bem como entre os indivíduos que foram hospitalizados de 5 a 10 dias e aqueles que foram hospitalizados num período superior a 10 dias ($p < .05$). Por último, na dimensão Trabalho/Produtividade foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que não foram hospitalizados e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$), bem como entre os indivíduos que foram hospitalizados de 1 a 5 dias e os que foram hospitalizados mais de 10 dias ($p < .05$).

Tabela 8

Análise da Diferença da EQVE-AVC e os seus Domínios em Função do Tempo de Hospitalização (ANOVA)

	Sem hospitalização		De 1 a 5 dias		De 6 a 10 dias		Mais de 10 dias		<i>F</i> (3,104)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
	Energia	9,14	4,98	7,86	4,82	7,65	4,07	6,09	
Papel Familiar	11,86	3,44	10,26	3,85	9,15	3,48	7,91	3,11	3,829*
Linguagem	17,61	7,89	19,94	6,47	17,85	7,27	14,81	7,23	2,974*
Mobilidade	20,14	9,41	19,60	8,69	15,91	8,49	11,88	6,93	5,547**
Disposição	19,71	6,24	17,29	6,86	17,21	5,86	15,16	5,98	1,359
Personalidade	12,29	3,45	10,14	4,57	9,65	4,33	9,13	4,81	1,025
Auto Cuidados	22,71	4,86	20,34	5,94	17,94	6,80	14,41	7,37	5,797**
Papel Social	17	6,53	14,54	7,71	12,97	5,68	11,53	5,51	2,055
Capacidade Mental	11,71	5,06	9,49	4,26	9	4,11	8,31	4,04	1,382
Função do Membro Superior	20,86	6,84	18,80	6,23	18,06	6	12,44	6,90	7,457***
Visão	10,86	4,67	13,51	2,47	12,41	2,99	11,56	4,71	2,168
Trabalho/	10,71	5,71	8,97	5,01	8,32	4,21	5,72	3,52	4,362**

Produtividade									
EQVE-AVC Total	184.57	50.53	170.74	48.57	156.12	44.15	128.94	36.63	6.292***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Relação entre Variáveis

Como se pode observar na tabela 9, verificou-se uma ausência de correlações significativas entre o índice global de QdV e o índice global de suporte social, bem como entre as subescalas da EQVE-AVC e da EAS.

Tabela 9

Matriz de Correlações de Pearson entre a EQVE-AVC e a EAS

EQVE-AVC	EAS	Apoio	Apoio	Apoio	EAS Total
		Informativo	Emocional	Instrumental	
Energia		.043	.089	-.090	.018
Papel familiar		.058	.124	-.160	.011
Linguagem		-.045	-.033	-.034	-.044
Mobilidade		.040	.020	-.055	.004
Disposição		.131	.085	-.085	.055
Personalidade		.058	.024	-.130	-.016
Autocuidados		.082	.024	-.029	.032
Papel Social		.076	.185	-.002	.103
Capacidade Mental		.026	.016	-.064	-.007
Função do Membro Superior		.060	.014	-.092	-.004
Visão		.002	-.005	-.002	-.002
Trabalho/Produtividade		.060	.051	-.150	-.012
QdV Total		.018	.072	.067	-.098

De acordo com os resultados, existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e o índice global de QdV de intensidade fraca ($r = -.233$; $p = .015$). No que diz respeito à relação entre as subescalas da EQVE-AVC e a idade, também se verificaram correlações negativas, fracas e estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões Papel Familiar, Personalidade, Auto Cuidados, Papel Social, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade (Tabela 10).

Tabela 10

Matriz de Correlações de Pearson entre a idade e a EQVE-AVC

Dimensões	Idade
QdV Total	-.233*
Energia	-.150
Papel Familiar	-.236*
Linguagem	-.059
Mobilidade	-.187
Disposição	-.110
Personalidade	-.206*
Autocuidados	-.202*
Papel Social	-.239*
Capacidade Mental	-.089
Função do Membro Superior	-.252**
Visão	.070
Trabalho/Produtividade	-.210*

Discussão

O presente estudo apresentou como objetivos avaliar os níveis de QdV e de suporte social numa amostra de pacientes que sofreram um AVC, compreender se existiam diferenças entre os níveis de QdV e de suporte social em função de algumas características sociodemográficas dos participantes, compreender se havia uma relação entre os níveis de QdV e de suporte social, bem como perceber se havia uma associação entre a idade e os níveis de QdV.

A maioria dos participantes deste estudo era do sexo masculino e a média de idades foi de 68.36, o que é consistente com outros estudos (Dayapoglu & Tan, 2010; Lourenço et al., 2021; Ramos-Lima et al., 2018). As taxas de AVC por idade são superiores nos homens, contudo as mulheres sofrem AVCs com mais frequência, uma vez que existe uma elevada ocorrência de AVCs em idade avançada e as mulheres apresentam uma maior esperança média de vida (Hiraga, 2017). Relativamente à idade, esta é considerada um dos principais fatores de risco não modificáveis para a ocorrência de AVC (Pereira et al., 2019). Experimentar um AVC na fase de transição da vida adulta para a velhice acaba por afetar significativamente a vida diária dos indivíduos, na medida em que é esperado que sejam independentes no desempenho das AVD's, bem como a nível dos papéis sociais (Ramos-Lima et al., 2018). Além disso, e em consonância com outras investigações (Butsing et al., 2019; Dayapoglu & Tan,

2010; Lourenço et al., 2021), neste estudo a maior parte dos inquiridos vivenciaram um AVC do tipo isquémico.

No que toca aos níveis de QdV nos sobreviventes de AVC, a EQVE-AVC apresentou uma média de cerca de 155 e um desvio padrão de aproximadamente 47, o que mostra uma grande variabilidade nos níveis de QdV, com muitos dos participantes a apresentarem baixa QdV. Esta grande variabilidade está provavelmente associada aos diferentes níveis de sequelas provocadas pela condição de AVC. Os domínios da EQVE-AVC mais afetados foram a Energia, a Mobilidade, o Papel Social e o Trabalho/Produtividade. No estudo desenvolvido por Rangel e colaboradores (2013), os domínios anteriormente mencionados também se mostraram os mais comprometidos, mas incluíram a Função do Membro Superior, a Personalidade e o Papel Familiar. No estudo de Canuto e colaboradores (2016), os domínios menos afetados foram a Visão e a Linguagem, o que também se verificou no presente estudo, juntamente com o domínio dos Autocuidados.

Os resultados relativos à EAS revelaram que os participantes do estudo apresentam uma boa perceção geral de apoio social. Relativamente às dimensões da escala, apesar do Apoio Instrumental ter apresentado uma pontuação ligeiramente mais elevada, também o Apoio Emocional e o Apoio Informativo revelaram valores satisfatórios. Isto significa que os participantes deste estudo consideram ter relações baseadas na empatia e na confiança, sentem-se auxiliados ao nível das suas tarefas e necessidades diárias (Carvalho et al., 2011; Rodriguez & Cohen, 1998). Além disso, têm a perceção que a sua rede social partilha informações úteis de forma a auxiliar na resolução de problemas (Carvalho et al., 2011; Rodriguez & Cohen, 1998). Estes resultados podem dever-se ao facto de os dados terem sido recolhidos na presença da equipa médica e/ou de acompanhantes dos participantes. Desta forma, parece ter existido uma tendência, por parte dos indivíduos, em responder de acordo com aquilo que é esperado socialmente.

O presente estudo revelou diferenças entre os géneros nos níveis de QdV, sendo que os homens apresentaram níveis mais elevados de QdV do que as mulheres, corroborando os resultados de estudos anteriores (Dayapoglu & Tan, 2010; Franze'n-Dahlin & Laska, 2012). Estes resultados podem ser explicados tendo por base o estado funcional após o AVC. Deste modo, as mulheres tendem a apresentar maiores dificuldades na recuperação, na medida em que são mais propensas ao desenvolvimento de perturbações mentais (e.g., depressão) e apresentam maiores níveis de fadiga (Zalhić et al., 2010). Ademais, os menores níveis de QdV nas mulheres podem estar relacionados com o facto de estas terem mais responsabilidades

domésticas, mesmo com a presença e o desenvolvimento da doença (Dayapoglu & Tan, 2010).

Relativamente à análise de diferenças no nível de suporte social em função do género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que vai ao encontro dos resultados do estudo realizado por Alshahrani (2020). No entanto, segundo estudos anteriores, seria esperado que as mulheres mostrassem níveis de suporte social superiores quando comparadas com os homens, uma vez que tendem a apresentar redes de apoio mais íntimas, vendo os cônjuges, amigos e familiares como fontes primárias de apoio, ao contrário dos homens, que costumam ver apenas os cônjuges como fontes primárias de apoio (Donato et al., 2018).

No presente estudo não foram encontradas diferenças nos níveis de QdV geral em função das habilitações literárias, refutando estudos anteriores (Kariyawasam et al., 2020; Lee & Won, 2022). No estudo de Kariyawasam e colaboradores (2020), os indivíduos que apresentaram maior escolaridade revelaram melhores níveis de QdV. A baixa escolaridade está relacionada com a dificuldade em entender de forma clara o processo de recuperação inerente ao AVC. Desta forma, as pessoas com menos escolaridade tendem a apresentar dificuldades acrescidas em gerir a sua condição de saúde, seja no controlo de fatores de risco cardiovasculares, quer ao nível do próprio tratamento (Mahesh et al., 2018). Estes resultados podem não ter sido alcançados neste estudo pelo facto de a amostra ser desproporcional no que diz respeito ao nível de escolaridade, sendo que 62% dos inquiridos frequentaram a escola apenas até ao 4ºano.

No que toca à análise de diferenças nos níveis de suporte social em função do estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto no suporte social total, como na subescala de Apoio Emocional. Os indivíduos casados foram aqueles que apresentaram maiores níveis de suporte social, o que está em concordância com estudos anteriores (Soulsby & Bennett, 2015; Wang et al., 2019). A relação entre o suporte social percebido e o estado civil tem sido amplamente investigada. Existem evidências de que as pessoas casadas têm tendência a apresentar níveis superiores de suporte social em comparação com indivíduos solteiros (Vaingankar et al., 2020). O casamento trata-se de uma relação humana basilar no desenvolvimento dos indivíduos e das sociedades a diferentes níveis (Mert, 2018). Apesar de se defender que o casamento por si só é uma forma estrutural de suporte social, também se alega que este pode ter um papel mediador, propiciando integração a nível social, bem como sentimentos de pertença e propósito nos sujeitos (Vaingankar et al., 2020).

No presente estudo, embora o grupo de participantes que sofreram um AVC do tipo hemorrágico tenham revelado uma média inferior de QdV, em relação aos participantes com AVC isquémico ou com AIT, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas, contrariamente ao que se verificou no estudo de Alshahrani (2020). No entanto, houve diferenças específicas entre os participantes que sofreram um AVC hemorrágico e os que tiveram um AIT nos domínios da Mobilidade, Autocuidados, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade, assim como entre os doentes que tiveram um AVC isquémico e os que sofreram um AIT no domínio Função do Membro Superior. Os resultados nestes domínios podem estar associados às repercussões físicas do AVC, sendo possível justificar estes resultados com o facto de neste estudo terem sido incluídos pacientes que experienciaram um AIT, ou seja, um tipo de condição neurológica momentânea que não provoca sequelas (Cardenache & Johnson-Greene, 2013).

No que concerne à análise de diferenças nos níveis de QdV em função da existência de sequelas decorrentes do AVC, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Verificou-se que os indivíduos sem sequelas apresentaram maiores níveis de QdV do que os indivíduos com sequelas, o que está em concordância com a literatura que defende que a presença de sequelas torna os sobreviventes de AVC parcial ou totalmente dependentes, prejudicando significativamente os seus níveis de QdV (Canuto et al., 2016). Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maioria dos domínios da QdV, mais especificamente Energia, Papel Familiar, Mobilidade, Disposição, Personalidade, Autocuidados, Papel Social, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade. O AVC e as suas sequelas interferem em várias áreas da vida dos indivíduos, tendo um impacto significativo na capacidade para realizar as AVD's (Canuto et al., 2016). Normalmente, esta condição de saúde tem grandes implicações na mobilidade, levando a uma dependência e, conseqüentemente à necessidade de um cuidador (Canuto et al., 2016; Lo Buono et al., 2017). Além disso, a nível social, há uma maior dificuldade em manter as atividades e em retomar o trabalho (Canuto et al., 2016).

Na presente investigação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na QdV geral em função do tempo de hospitalização, sendo que os participantes que estiveram hospitalizados mais de 10 dias foram aqueles que apresentaram menores níveis de QdV. Este resultado está em concordância com o estudo de Cumming e colaboradores (2019), onde se verificou que uma melhor QdV estava associada a um menor tempo de hospitalização. Os internamentos mais longos são mais frequentes em pessoas idosas, bem como em pacientes com AVC's mais graves e com outros problemas de saúde (e.g. historial de enfarte, fibrilação atrial, entre

outros) (Saxena et al., 2016), o que ajuda a explicar a menor QdV nesse grupo de pacientes.

Relativamente à análise da relação entre a QdV e o suporte social, não encontramos correlações significativas, contrariamente ao que acontece em estudos precedentes (Butsing et al., 2019; Lee & Won, 2022 Vincent-Onabajo et al., 2016), onde se encontrou uma correlação positiva e significativa entre o suporte social global e a QdV geral. É importante destacar que a ausência de relação significativa entre o suporte social e a QdV no presente estudo acaba por ser paradoxal, uma vez que o suporte social costuma estar associado a uma melhor recuperação do estado funcional, bem como à adesão ao tratamento e participação em atividades relacionadas com a saúde, afetando positivamente a QdV dos indivíduos (Alshahrani, 2020). Este resultado pode dever-se à desejabilidade social, uma vez que a maioria dos participantes do presente estudo responderam ao questionário na presença do corpo médico e de acompanhantes/cuidadores (na maioria das vezes familiares próximos), o que poderá ter influenciado as respostas na escala de apoio social no sentido da sobrevalorização do suporte percebido. Desta forma, os sujeitos parecem ter apresentado uma tendência em dar respostas esperadas socialmente, ocultando assim a sua perceção real.

À semelhança de estudos realizados anteriormente (Kariyawasam et al., 2020; Vincent-Onabajo et al., 2016), neste estudo verificou-se que a idade se correlaciona negativamente com a QdV. Neste sentido, uma idade mais avançada estava significativamente associada a menores níveis de QdV. Este resultado pode ser explicado devido ao declínio funcional associado à idade, bem como ao envelhecimento em si, na medida em que este aumenta o nível de incapacidade funcional, afetando, consequentemente, a QdV (Kariyawasam et al., 2020). No entanto, é necessário ter algum cuidado na interpretação destes resultados, pois tratou-se de uma correlação fraca.

Limitações

O presente estudo apresenta um conjunto de limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, o facto de a amostra ser de conveniência, não probabilística, o que impede a generalização dos resultados. Em segundo lugar, é importante ter em conta algumas características clínicas e sociodemográficas da amostra, nomeadamente as habilitações académicas e o tipo de AVC. Relativamente às habilitações literárias, o facto de a maioria dos participantes apresentar um baixo nível de escolaridade pode ter dificultado na interpretação dos itens dos questionários, sobretudo devido à existência de itens invertidos. No que toca ao tipo de AVC, deviam ter sido excluídos os doentes que vivenciaram um AIT, na medida que este tipo de

condição não provoca habitualmente sequelas. Outra limitação deste estudo é o facto de terem sido utilizados apenas questionários de autorrelato. Os questionários de autorrelato estão, na maioria das vezes, condicionados pela desabilidade social, o que leva a uma preocupação frequente de que a resposta socialmente desejável compromete a distribuição das respostas e torna os resultados ambigualmente interpretáveis, sobretudo em situações de alto risco em que os participantes são motivados a causar uma boa impressão (Bou Malham & Saucier, 2016). Neste estudo em específico, a desabilidade social parece ter estado especialmente presente, visto que a recolha de dados se deu na presença do corpo médico e de acompanhantes dos participantes, devido a constrangimentos de tempo e físicos dos serviços. Sugere-se que em investigações futuras se recolha informação através de métodos qualitativos como, por exemplo, a entrevista e se opte por uma recolha mais individualizada.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados obtidos na presente investigação permitiram atingir os objetivos definidos e contribuíram positivamente para a investigação em Psicologia da Saúde. Deste modo, este estudo enriquece a literatura existente na área do bem-estar e saúde de sobreviventes de AVC, na medida em que ajuda a compreender de que forma é que os indivíduos que experienciam esta condição médica percecionam a sua QdV, bem como o apoio daqueles que os rodeiam (família, amigos, entre outros).

Implicações Práticas

Os resultados deste estudo contribuem para uma maior compreensão acerca da temática em questão e, por conseguinte, para uma intervenção informada no cuidado dos sobreviventes de AVC.

Assim sendo, é de salientar a importância de adaptar a prestação de cuidados de saúde de forma individualizada, com o intuito de melhorar a QdV dos sobreviventes de AVC, nomeadamente das mulheres. Isso pode passar pela implementação de programas de saúde mental, pelo acesso facilitado a serviços de saúde, assim como pelo desenvolvimento de projetos educacionais direcionadas com foco nas áreas que influenciam negativamente a QdV das mulheres sobreviventes de AVC.

Ademais, os resultados indicam que é basilar personalizar as intervenções ao nível do suporte social, ou seja, é necessário implementar estratégias específicas tendo em conta o estado civil dos pacientes. Deste modo, a formação de redes sociais mais amplas deve ser estimulada em solteiros, divorciados e viúvos. Por outro lado, em indivíduos casados, é elementar que as estratégias tenham como objetivo fortalecer a relação com o cônjuge. Os resultados evidenciam, também, que os pacientes que permanecem mais tempo internados têm menores níveis de QdV, o que enfatiza a

necessidade de um cuidado mais atento por parte de familiares e profissionais de saúde, visando melhorar recuperação desses pacientes e, conseqüentemente, a sua QdV.

Por fim, é crucial que os resultados deste estudo cheguem ao maior número de profissionais de saúde capazes de interferir nesta realidade, proporcionando o desenvolvimento de políticas de saúde e cuidados clínicos direcionados a esses pacientes, atendendo às suas necessidades específicas.

Referências Bibliográficas

- Alshahrani, A. M. (2020). Quality of life and social support: Perspectives of saudi arabian stroke survivors. *Science Progress*, 103(3), 1-16. <https://doi.org/10.1177/0036850420947603>
- Bou Malham, P., & Saucier, G. (2016). The conceptual link between social desirability and cultural normativity. *International Journal of Psychology*, 51(6), 474-480. <https://doi.org/10.1002/ijop.12261>
- Bushnell, C., McCullough, L. D., Awad, I. A., Chireau, M. V., Fedder, W. N., Furie, K. L., Howard, V. J., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Piña, I. L., Reeves, M. J., Rexrode, K. M., Saposnik, G., Singh, V., Towfighi, A., Vaccarino, V., Walters, M. R., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, ... Council for High Blood Pressure Research. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in women: A statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 45(5), 1545-1588. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000442009.06663.48>
- Butsing, N., Tipayamongkholgul, M., Ratanakorn, D., Suwannapong, N., & Bundhamcharoen, K. (2019). Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 13(4), 1-8. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.2>
- Cardenache, R. H., & Johnson-Greene, D. (2013). Rehabilitation in stroke. In Noggle, C. A., Dean, R. S., & Barisa, M. T (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation* (pp. 161-184). Springer Publishing Company. <https://www.researchgate.net/publication/264416492>
- Canuto, M. A. O., Nogueira, L. T., & Araújo, T. M. E. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 245-252. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600035>

- Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27(1), 204-214. <https://doi.org/10.1159/000200461>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica*, 54, 309-258.
- Cumming, T. B., Churilov, L., Collier, J., Donnan, G., Ellery, F., Dewey, H., Langhorne, P., Lindley, R. I., Moodie, M., Thrift, A. G., Bernhardt, J., & AVERT Trial Collaboration group. (2019). Early mobilization and quality of life after stroke: Findings from AVERT. *Neurology*, 93(7), e717–e728. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007937>
- Dayapoglu, N., & Tan, M. (2010). Quality of life in stroke patients. *Neurology India*, 58(5), 697-701. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.72165>
- Donato, K. M., León-Pérez, G., Wallston, K. A., & Kripalani, S. (2018). Something old, something new: When gender matters in the relationship between social support and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(3), 352–370. <https://doi.org/10.1177/0022146518789362>
- Eloker, T., & Rhoda, A. J. (2018). The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review. *African Journal of Disability*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.357>
- Em, S., Bozkurt, M., Karakoç, M., Çağlayan, M., Akdeniz, D., Oktayoğlu, P., Varol, S., & Nas, K. (2015). Determining quality of life and associated factors in patients with stroke. *Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(2), 148-154. 10.5152/tftrd.2015.80090
- Franzén-Dahlin, Å., & Laska, A. C. (2012). Gender differences in quality of life after stroke and TIA: a cross-sectional survey of out-patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2386–2391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04064.x>
- Hankey, G. J., & Blacker, D. J. (2015). Is it a stroke? *BMJ*, 350, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.h56>
- Hiraga, A. (2017). Gender differences and stroke outcomes. *Neuroepidemiology*, 48, 61-62. <https://doi.org/10.1159/000475451>
- Kariyawasam, P.N., Pathirana, K.D., & Hewage, D.C. (2020). Factors associated with health related quality of life of patients with stroke in sri lankan context. *Health Qual Life Outcomes*, 18(129), 1-10 . <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01388-y>

- Kneebone, I. I., & Lincoln, N. B. (2012). Psychological problems after stroke and their management: State of knowledge. *Neuroscience & Medicine*, 3(1), 83-89. <http://dx.doi.org/10.4236/nm.2012.31013>
- Kolankiewicz, A. C. B., Souza, M. M., Magnago, T. S. B. S., & Domenico, E. B. L. D. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>
- Kruithof, W. J., van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M., van Heugten, C. M., & Post, M. W. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.003>
- Lee, Y., & Won, M. (2022). Mediating effects of rehabilitation motivation between social support and health-related quality of life among patients with stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215274>
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16-28. <https://doi.org/10.1177/1359105315595117>
- Lourenço, E., Sampaio, M. R. M., Nzwalo, H., Costa, E. I., & Ramos, J. L. S. (2021). Determinants of quality of life after stroke in southern Portugal: A cross sectional community-based study. *Brain Sciences*, 11(11), 1-10. <https://doi.org/10.3390/brainsci1111509>
- Mahesh, P. K. B., Gunathunga, M. W., Jayasinghe, S., Arnold, S. M., & Liyanage, S. N. (2018). Factors influencing pre-stroke and post-stroke quality of life among stroke survivors in a lower middle-income country. *Neurological Sciences*, 39, 287-295. <https://doi.org/10.1007/s10072-017-3172-6>
- Malheiro, A., Nicola, A., & Pereira, C. (2009). Contributo para a adaptação e validação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *EssFisiOnline*, 5(2), 12-24.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5nd ed.). ReportNumber.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Mert, A. (2018). The predictive role of values and perceived social support variables in marital adjustment. *Universal Journal of Educational Research*, 6(6), 1192-1198. <https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060609>
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and

- patterns of change. *Clinical rehabilitation*, 30(8), 811–831.
<https://doi.org/10.1177/0269215515602136>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Placebo Editora.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2020). *SPSS guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8th ed.). Edições Sílabo.
- Pereira, T. M. A., Silva, J. M., Teixeira, S., Orsini, M., & Bastos, V. H. V. (2019). Avaliação do perfil dos fatores de risco para acidente vascular cerebral: Estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9(1), 37-44.
<https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2218>
- Pinedo, S., SanMartin, V., Zaldibar, B., Miranda, M., Tejada, P., Erazo, P., Lizarraga, N., Aycart, J., Gamio, A., Gómez, I., & Bilbao, A. (2017). Quality of life of stroke patients and their caregivers. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 5(1), 1-6. [10.4172/2329-9096.1000387](https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000387)
- Ramos-Lima, M. J. M., Brasileiro, I. C., Lima, T. L., & Braga-Neto, P. (2018). Quality of life after stroke: Impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*, 73(e418). 1-7. <https://doi.org/10.6061/clinics/2017/e418>
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3(2), 535-544.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Saxena, A., Prasad, R. N., Verma, K., & Saxena, S. (2016). Factors predicting length of hospital stay in acute stroke patients admitted in a rural tertiary care hospital. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 5(003) 1-5.
<http://dx.doi.org/10.4172/2167-7182.S5-003>
- Silva, I. F., Neves, C. F., Vilela, A. C., Bastos, L. M., & Henriques, M. I. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-111. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). O essencial sobre acidente vascular cerebral (AVC): Guia prático para a população. *Raio-X*, 1-12.
- Soulsby, L., & Bennett, K. (2015) Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology*, 6, 1349-1359.
<https://doi.org/10.4236/psyc.2015.611132>

- Sousa, F., Rocha, V., Estima, C., Castro, S. L., & Guerra, M. P. (2020). Cognitive deficits, social support, depression and quality of life of post-stroke patients. *Análise Psicológica*, 38(2), 153-165. <https://doi.org/10.14417/ap.1726>
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de vida e doenças crônicas: Possíveis relações. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8169–8196. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2011). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the international classification of functioning, disability and health. *Chronic Illness*, 8(1), 31-44. <https://doi.org/10.1177/1742395311423848>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Wang, X., Shang, S., Yang, H., Ai, H., Wang, Y., Chang, S., Sha, X., Wang, L., & Jiang, X. (2019). Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(381), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2368-0>
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362–1369. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362>
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- World Stroke Organization. (2021). *Annual report 2021*. [Annual Report 2021 online latest.pdf\(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/Annual-Report-2021-online-latest.pdf)
- Vaingankar, J.A., Abdin, E., Chong, S., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: Results from a national cross-sectional survey. *Archives Public Health*, 78(108), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>
- Vasconcelos, L. B., Santos, M. C. L., Silva, R. M., Filho, C. G., Santos, V. L., & Probo, D. R. G. (2020). Qualidade de vida relacionada à saúde: Análise dimensional do

conceito. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 226-238.
<https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>

Vicent-Onabajo, G. O., Muhammad, M. M., Ali, M. U., Masta, M. A., & Aliyu, H. N. (2016). Social support after stroke: Influence of source of support on stroke survivors' health-related quality of life. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2016/20240>

Zalihić, A., Markotić, V., Zalihić, D., & Mabić, M. (2010). Gender and quality of life after cerebral stroke. *Bosnian journal of basic medical sciences*, 10(2), 94–99.
<https://doi.org/10.17305/bjbms.2010.2701>

Apêndice

Apêndice Teórico

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O AVC é considerado um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte no mundo, assim como a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal (Bushnell et al., 2014; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), 2016). O número de casos de AVC tem vindo a aumentar consideravelmente devido a mudanças demográficas e a fatores de risco modificáveis (Butsing et al., 2019). A Organização Mundial de Saúde estima que, em 2019, ocorreram 12 097 mortes por 100 000 habitantes por AVC (WHO, 2020). De acordo com a *World Stroke Organization* (WSO) (2021), um em cada quatro adultos com mais de 25 anos irá ter um AVC no decorrer da sua vida, estimando-se que a taxa de incidência seja de aproximadamente 75% em indivíduos com 65 anos de idade (Lo Buono et al., 2017). Segundo a SPAVC (2016), por hora, três portugueses são vítimas de AVC, sendo que um deles não sobrevive e, dos restantes, um fica com sequelas graves.

O AVC resulta de um comprometimento a nível neurológico focal, às vezes global, com possível causa vascular, que acontece subitamente por um período de mais de 24 horas e que pode provocar morte (WHO, 2006). Quando este ocorre, a parte do cérebro afetada deixa de receber nutrientes vitais, assim como o sangue necessário, conduzindo a morte neuronal ou disfunção neuropsicológica (Cardenache & Johnson-Greene, 2013). Nos últimos anos, têm surgido diversos avanços na tecnologia levando a uma definição mais atualizada de AVC, onde este é caracterizado como um episódio agudo de disfunção focal do cérebro, retina ou medula espinal, de qualquer duração, em que o recurso a imagem (e.g., tomografia computadorizada, ressonância magnética) revela um infarto focal ou uma hemorragia que justifique a sintomatologia (Hankey & Blacker, 2015).

Existem três tipos de AVC: a hemorragia intracerebral, consequência de uma hemorragia espontânea num local do cérebro; a hemorragia subaracnoide, ocorrendo quando existe uma hemorragia espontânea à superfície do cérebro; e o AVC isquémico, que acontece quando há uma insuficiência no fluxo sanguíneo (Hankey & Blacker, 2015). A distinção entre os tipos de AVC é basilar na prática clínica para fazer a avaliação, bem como para planear o tratamento (Cardenache & Johnson-Greene, 2013). De acordo com a literatura, a ocorrência de AVC isquémico é mais comum do que a de AVC hemorrágico, sendo que 85%-90% dos AVC's são isquémicos. Contudo, o AVC hemorrágico é mais mortal, tem mais sequelas e leva a uma pior perceção de Qualidade de Vida (QdV) (Lourenço et al., 2021). É importante fazer a diferenciação entre o AVC e o Ataque Isquémico Transitório (AIT), é frequentemente causado por um bloqueio

momentâneo do fornecimento de sangue ao cérebro. Além disso, este ocorre rapidamente, durando, aproximadamente, entre 30 e 60 minutos, e, ao contrário do AVC, por norma, não causa lesões cerebrais permanentes (Cardenache & Johnson-Greene, 2013).

Os sinais e sintomas mais comuns do AVC são a perda súbita de visão, disfunções ao nível da fala, dor de cabeça intensa, diminuição da força do membro superior e/ou inferior do hemicorpo, desequilíbrio e alterações na deglutição, na sensibilidade e no comportamento (Pereira et al., 2019).

Tendo em conta que o AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal, torna-se importante destacar os fatores de risco associados ao mesmo, de forma a alertar a população e prevenir a sua incidência. No contexto de saúde, os fatores de risco referem-se a todas as situações que contribuem para o aumento da probabilidade de ocorrência de qualquer doença ou condição clínica. No caso do AVC, é relevante ressaltar que existem fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles que através de controlo e tratamento adequado podem ser reduzidos e, conseqüentemente, ter um impacto menor no risco de AVC, e fatores de risco não modificáveis, isto é, os que não são suscetíveis a qualquer tipo de controlo ou intervenção (SPAVC, 2016).

A idade, a hereditariedade, a raça, a etnia, o género, os fatores genéticos individuais são considerados fatores de risco não modificáveis, fundamentais para uma compreensão mais clara acerca da avaliação e do tratamento desta problemática. O estilo de vida dos indivíduos, tais como o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, a alimentação, a falta de prática de exercício físico, a presença de outra condição médica (e.g., diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, fibrilhação auricular, etc.), assim como o modo de gestão do *stress*, são alguns dos fatores de risco modificáveis (Cardenache & Johnson-Greene, 2013; SPAVC, 2016).

As pessoas que sobrevivem ao AVC podem sofrer conseqüências a nível físico, social e psicológico, o que tem um efeito significativo na capacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD's). As conseqüências físicas incluem limitações na visão e deglutição, problemas sensoriais e comunicacionais e, sobretudo dificuldades no movimento. A nível social, o AVC pode ter um efeito negativo nas relações familiares, levando ao divórcio ou separação, e dificulta a manutenção do papel social (Lo Buono et al., 2017). As conseqüências a nível psicológico englobam alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo muito comum a presença de sintomas de ansiedade e depressão, labilidade emocional, raiva, agressividade, frustração, apatia, medo de falhar, comportamentos desafiadores e, por vezes, perturbação de stress pós-traumático (Kneebone & Lincoln, 2012; Lo Buono et al., 2017).

Desta forma, estes indivíduos podem tornar-se bastante dependentes no que diz respeito ao seu autocuidado, sendo muitas vezes necessário recorrer a apoio constante, o que tem repercussões, tanto na sua vida, como na vida dos seus familiares e/ou amigos. Assim, o suporte social tem sido considerado fundamental para uma recuperação mais rápida e eficiente após o AVC (Sousa et al., 2020). Devido a esta dependência, acabam por ocorrer mudanças sociais, económicas e emocionais que contribuem significativamente para a diminuição da QdV destes indivíduos (Silva et al., 2016).

Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QdV) deriva do latim “*qualis*”, que se refere à forma de ser específica de alguém ou de um grupo, podendo considerar as características positivas e negativas. Contudo, a QdV associa-se a algo bom, digno e positivo (Pereira et al., 2012).

Atualmente, a QdV tem sido amplamente discutida devido ao aumento da esperança média de vida e a uma procura, cada vez maior, de uma vida com qualidade. A definição de QdV é bastante complexa, uma vez que se trata de um termo subjetivo, compreendendo diversas áreas da vida humana, tais como biológicas, sociais, económicas e políticas, bem como a perceção do próprio sujeito acerca das suas expectativas (Souto, 2020). Desta forma, a QdV pode ser considerada uma representação social que contém fatores subjetivos (e.g., bem-estar, amor, felicidade, prazer e realização pessoal) e objetivos, relativos à satisfação das necessidades básicas, tendo por base o nível de desenvolvimento económico e social (Vasconcelos et al., 2020). Ademais, há um consenso em considerar a QdV como multidimensional, na medida em que engloba domínios físicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais, no que diz respeito à saúde e ao bem-estar (Sousa et al., 2020; Souto, 2020).

O conceito de QdV é, frequentemente, considerado um sinónimo de saúde (Pereira et al., 2012), contudo, apesar de estes se relacionarem diretamente, é-o de forma implícita, na medida em que a saúde não implica somente a ausência de doença, mas também um bem-estar a nível físico, mental e espiritual. Deste modo, a QdV foi retratada por diversos autores como um conceito vasto, associado à expectativa e ao bem-estar (Souto, 2020). É importante esclarecer que a QdV, para além de estar ligada à saúde, relaciona-se também com outros fatores fundamentais na vida dos indivíduos, tais como o trabalho, a família, os amigos, entre outros (Pereira et al., 2012).

Atualmente, existem diversas definições de QdV. Todavia, as mais aceites procuram incluir as dimensões referidas nas abordagens gerais (Pereira et al., 2012).

Desta forma, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) definiu a QdV como a “percepção dos indivíduos da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p.551). Esta definição foca-se na percepção subjetiva das várias dimensões, tais como saúde física, condição psicológica, nível de independência, interações sociais com o meio ambiente, crenças religiosas, entre outras (Vasconcelos et al., 2020).

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é muitas vezes usado com uma finalidade idêntica ao termo geral de QdV, contudo, enquanto a QdV é um conceito mais amplo, sem remeter diretamente para doenças, a QVRS tem uma relação mais direta a doença ou intervenções em saúde (Canuto et al., 2016). Assim, a QVRS avalia a forma como o bem-estar do sujeito pode ser afetado devido a doença, incapacidade ou perturbação (Lo Buono et al., 2017).

Nas últimas décadas, as pesquisas realizadas com o intuito de promover a saúde e o bem-estar na vida individual e coletiva têm contribuído para uma maior fundamentação teórica e metodológica da base conceitual da QVRS (Vasconcelos et al., 2020). A QVRS é um conceito amplo e multidimensional, na medida em que incorpora diversos domínios, tais como a saúde física, funcional, mental, psicossocial e social (Kruithof et al., 2013). Desta forma, a QVRS refere-se ao valor atribuído à duração da vida modificada pela deficiência, estado funcional, percepções e oportunidades sociais influenciadas pela doença, lesão, tratamento ou política (Carod-Artal & Egido, 2009). A QVRS diz respeito à avaliação pessoal e subjetiva dos pacientes em relação ao seu estado de saúde, ou seja, à diferença entre as funções idealizadas e as funções que surgiram devido ao problema (Em et al., 2015).

A QVRS é composta por dimensões objetivas, que incluem a função física, tendo como principal foco a mobilidade e desempenho do indivíduo nas Atividades da Vida Diária (AVD's), e por dimensões subjetivas que têm em conta os sentimentos e percepções dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde (Carod-Artal & Egido, 2009).

AVC e QdV

Tendo por base o atual modelo biopsicossocial da doença crónica, a percepção do estado de saúde e da QdV por parte dos utentes que sofreram um AVC, assim como dos seus cuidadores, tem-se mostrado fundamental tanto para a investigação, como para a prática clínica (Pinedo et al., 2017). Segundo a literatura, a ocorrência de AVC afeta significativamente a QdV dos pacientes (Em et al., 2015; Canuto et al., 2016; Butsing et al., 2019; Alshahrani, 2020; Lourenço et al., 2021). As consequências do AVC fazem

com que os seus sobreviventes fiquem parcial ou totalmente incapazes, o que influencia a QdV dos mesmos (Canuto et al., 2016). Inicialmente, a QdV destes sujeitos é afetada pela dependência nas AVD's, pelo estado neurológico e por problemas de saúde mental (Alshahrani, 2020).

A QdV dos indivíduos que sofreram um AVC pode ser influenciada por fatores sociodemográficos, como o sexo, a idade, o nível de escolaridade, o tempo de internamento, a situação socioeconómica, a condição de trabalho, o rendimento familiar mensal e o estado civil (Em et al., 2015; Canuto et al., 2016; Butsing et al., 2019; Alshahrani, 2020; Lee & Won, 2022), por fatores clínicos como o estado funcional, a duração da condição médica, as comorbilidades e o tempo de reabilitação, ou por fatores sociais, como o apoio, a confiança e a motivação para a reabilitação (Lee & Won, 2022).

No estudo português realizado por Lourenço e colaboradores (2021), verificou-se que ser mais velho, estar viúvo, ter um nível baixo de escolaridade, apresentar um menor rendimento mensal, ter um AVC do tipo hemorrágico e possuir comorbilidades eram fatores que estavam relacionados com uma redução da perceção de QdV.

Avaliação da QdV

A avaliação da QdV é um processo bastante complexo, na medida em que não existe uma definição universalmente aceite de QdV (Azevedo et al., 2013). Contudo, há diversas formas de a avaliar (Pereira et al., 2012), nomeadamente através de instrumentos gerais, como por exemplo o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-Bref), e instrumentos específicos para uma condição de saúde, especialmente a EQVE-AVC (Escala de Qualidade de Vida Específica para utentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral), desenvolvida por Williams e colaboradores (1999) e adaptado para a população portuguesa por Malheiro e colaboradores (2009), ou o Questionário de Impacto do Acidente Vascular Cerebral (SIS 2.0) da autoria de Ducan e colaboradores (1999) e adaptado para a população portuguesa por Gonçalves e colaboradores (2012). No caso dos sobreviventes de AVC, a avaliação da QdV é um processo especialmente difícil devido às consequências associadas à ocorrência do mesmo (Pinedo et al., 2017). É importante referir que a avaliação da QdV permite perceber de que forma a doença afeta o funcionamento normal e o desempenho dos papéis a nível social, bem como entender a causa da tensão e do stress no indivíduo e compreender os motivos para os baixos níveis de eficácia do tratamento, encontrando tipos de tratamentos mais eficazes de acordo com as necessidades de cada paciente. Além disso, tem ainda diversos benefícios económicos tangíveis, na medida em que

pode gerar resultados pertinentes e úteis, propiciando uma melhoria nos efeitos econômicos, assim como no funcionamento do sistema de saúde (Owczarek, 2010).

Suporte social

O suporte social é um dos conceitos mais importantes na Psicologia da Saúde (Pais-Ribeiro, 2011), sendo amplamente explorado nos estudos sobre a saúde e o bem-estar. Segundo Sarason e colaboradores (1983), o Suporte Social pode definir-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem podemos confiar, que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (p.127). Alshahrani (2020) acrescenta que este conceito se refere à disponibilidade ou fornecimento de uma relação, informação ou ajuda que permita a um determinado indivíduo gerir eficazmente a sua vida quotidiana, na presença ou na ausência de uma crise.

De acordo com a literatura, as dimensões do suporte social mais estudadas são a emocional, a instrumental e a informacional. O suporte emocional refere-se à existência de relações baseadas na empatia, confiança e amor percebido pela pessoa (Rodriguez & Cohen, 1998), podendo ajudar a pessoa que passa por um AVC a lidar com as suas perdas (e.g., mobilidade, comunicação), ou até mesmo aumentar os seus níveis de autoconfiança e autoeficácia (Kruithof et al., 2013). O suporte instrumental diz respeito ao auxílio a nível tarefas práticas, assim como das necessidades materiais referentes a problemas do quotidiano (e.g., apoio financeiro, apoio no cuidado aos filhos). No que toca ao suporte informacional, este pode ser incluído no suporte instrumental e está relacionado com a partilha de informações que tenham como finalidade ajudar os indivíduos a resolver os seus problemas (Rodriguez & Cohen, 1998; Carvalho et al., 2011). Níveis elevados de suporte instrumental têm um efeito positivo no estado social e funcional dos indivíduos, enquanto altos níveis de suporte emocional influenciam significativamente a saúde psicossocial dos mesmos (Elloker & Rhoda, 2018).

O suporte social pode ser objetivo ou subjetivo, sendo que o objetivo corresponde ao suporte que é efetivamente recebido pelo sujeito, enquanto o subjetivo diz respeito ao suporte social percebido pelo sujeito, isto é, a perceção que uma dada pessoa tem de que é amada e de que tem alguém a quem recorrer quando precisa (Carvalho et al., 2011; Kruithof et al., 2013). É, ainda, importante diferenciar as duas fontes de suporte social, o informal e o formal. O suporte social informal engloba sujeitos (e.g., amigos, familiares ou vizinhos) e associações (e.g., igrejas, clubes) que podem oferecer suporte em determinados momentos. O suporte social formal integra organizações sociais (e.g., hospitais), assim como profissionais (e.g., médicos, enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais) que têm como função oferecer cuidados (Carvalho et al., 2011).

Há uma certa congruência em relação à multidimensionalidade do suporte social, assim como acerca do impacto que determinados fatores do mesmo têm no bem-estar, saúde e doença dos sujeitos (Carvalho et al., 2011). De acordo com Dunst e Trivette (1990), existem cinco elementos do suporte social que estão interligados: (1) o componente constitucional, que compreende as necessidades e a consonância entre estas e o suporte existente; (2) o componente relacional, integrando a situação familiar e profissional, o tamanho da rede social, assim como a colaboração em organizações de caráter social; (3) o componente funcional, que engloba o suporte disponível, o tipo de suporte e a qualidade e quantidade do suporte; (4) o componente estrutural, correspondendo à proximidade física e psicológica, à frequência de contacto, à reciprocidade e à consistência; (5) o componente satisfação, que tem que ver com a utilidade da ajuda oferecida (Dunst & Trivette, 1990).

O suporte social tem sido frequentemente relacionado com melhores resultados no que toca à saúde (Vaingankar et al., 2020). Isto pode ser justificado pelo facto de este ter um caráter maioritariamente protetor em circunstâncias de crise indutoras de stress, ou seja, trata-se de um mecanismo que torna os indivíduos mais fortes para encararem os momentos de maior instabilidade. Deste modo, nas situações em que existe um suporte social adequado, este pode diminuir os efeitos do stress na saúde, porém, em casos de inexistência ou perda de suporte social, este pode estar relacionado com o decréscimo do bem-estar, ou até mesmo com o aumento do impacto dos stressores (Carvalho et al., 2011; Kolankiewicz et al., 2014).

AVC e suporte social

O AVC tem repercussões consideráveis na vida social dos sujeitos, havendo uma diminuição da sua participação em atividades de caráter social, uma interrupção na vida familiar e uma maior vulnerabilidade no contacto com os amigos (Northcott et al., 2016). Deste modo, o suporte social é um elemento importante para uma gestão eficiente da doença e tem um papel ativo nos resultados do tratamento da mesma. Ademais, os indivíduos que sobrevivem ao AVC ficam, muitas das vezes, dependentes do apoio dos seus familiares e amigos (Vincent-Onabajo et al., 2016). Segundo o estudo de Sumathipala e colaboradores (2011), o suporte social disponibilizado pelos amigos e familiares é fundamental para um melhor funcionamento dos sobreviventes de AVC, diminuindo significativamente o impacto das incapacidades provocadas pelo mesmo.

As consequências do AVC a nível funcional, tais como a disfunção ou incapacidade no movimento, podem provocar nos indivíduos elevados níveis de stress e insatisfação com a vida. Contudo, o suporte social pode amenizar esses efeitos, uma vez que, quando oferecido por sujeitos que integram a rede social, é um fator fundamental

para que o sujeito se adapte à vida depois de experienciar uma doença crónica como o AVC (Butsing et al., 2019; Sousa et al., 2020).

Avaliação do suporte social

Ainda que o suporte social seja uma variável basilar no estudo da saúde, da doença e do bem-estar, não existe consenso no que toca à forma de o avaliar e é difícil entender a relação entre as diversas metodologias utilizadas para o fazer (Carvalho et al., 2011; Pais-Ribeiro, 2011). De acordo com a literatura, existem várias escalas para avaliar o suporte social, sendo que uma das mais conhecidas em Portugal é a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Luís Pais-Ribeiro (2011), que tem como objetivo avaliar a satisfação com o suporte social percebido em adultos. Além desta, podemos considerar a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), originalmente desenvolvida por Zimet e colaboradores (1988) e adaptada para a população portuguesa por Carvalho e colaboradores (2011), que mede subjetivamente o suporte social proveniente da família, amigos e outros significativos. Por fim, é importante destacar a escala utilizada no presente estudo, a Escala de Apoio Social (EAS). Este instrumento foi criado por Matos e Ferreira (2000) e avalia a forma como o indivíduo percebe o seu apoio social.

Qualidade de vida e suporte social

Segundo a literatura, o suporte social tem um efeito significativamente positivo na QdV dos sujeitos que sofreram um AVC, o que mostra que o suporte social proveniente dos profissionais de saúde e das famílias dos pacientes pode melhorar a QdV dos mesmos (Butsing et al., 2019; Lee & Won, 2022). Porém, a influência do suporte social na QdV dos sobreviventes de AVC ainda não é completamente compreendida. Alguns estudos têm tentado compreender essa influência, como a investigação de Alshahrani (2020), que constatou que o suporte social fornecido por elementos da família ou outras pessoas significativas pode afetar o comportamento destes indivíduos, promovendo a sua participação em atividades relacionadas com a saúde, assim como na adesão ao tratamento (Alshahrani, 2020). Além disso, o suporte social parece fundamental para uma melhor recuperação do estado funcional dos indivíduos, na medida em que afeta positivamente a QdV. Deste modo, os sujeitos que recebem apoio de familiares e amigos tendem a apresentar elevados níveis de QdV, principalmente a nível físico e psicológico (Alshahrani, 2020). No estudo português de Sousa e colaboradores (2020), concluiu-se que os indivíduos que passaram por um AVC apresentaram níveis mais baixos de suporte social e QdV, comparativamente com

os indivíduos que constituíram o grupo de controle. Além disso, constatou-se que a QdV após o AVC estava relacionada positivamente com o suporte social.

Neste sentido, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar os níveis de QdV e de suporte social numa amostra de pacientes que sofreram um AVC. Em relação aos objetivos específicos, pretendeu-se verificar se existiam diferenças entre os níveis de qualidade de vida e de suporte social em função de algumas características sociodemográficas dos participantes, avaliar se havia relação entre os níveis de QdV e de suporte social, bem como avaliar se existia associação entre os níveis de QdV e a idade.

Referências Bibliográficas

- Alshahrani, A. M. (2020). Quality of life and social support: Perspectives of saudi arabian stroke survivors. *Science Progress*, 103(3), 1-16. <https://doi.org/10.1177/0036850420947603>
- Azevedo, A. L. S., Silva, R. A., Tomasi, E., & Quevedo, L. A. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1774-1782. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134812>
- Bushnell, C., McCullough, L. D., Awad, I. A., Chireau, M. V., Fedder, W. N., Furie, K. L., Howard, V. J., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Piña, I. L., Reeves, M. J., Rexrode, K. M., Saposnik, G., Singh, V., Towfighi, A., Vaccarino, V., Walters, M. R., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, ... Council for High Blood Pressure Research. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in women: A statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 45(5), 1545–1588. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000442009.06663.48>
- Butsing, N., Tipayamongkholgul, M., Ratanakorn, D., Suwannapong, N., & Bundhamcharoen, K. (2019). Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 13(4), 1-8. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.2>
- Cardenache, R. H., & Johnson-Greene, D. (2013). Rehabilitation in stroke. In Noggle, C. A., Dean, R. S., & Barisa, M. T (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation* (pp. 161-184). Springer Publishing Company. <https://www.researchgate.net/publication/264416492>
- Canuto, M. A. O., Nogueira, L. T., & Araújo, T. M. E. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 245-252. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600035>

- Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27(1), 204-214. <https://doi.org/10.1159/000200461>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica*, 54, 309-258.
- Duncan, P. W., Wallace, D., Lai, S. M., Johnson, D., Embretson, S., & Laster, L. J. (1999). The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30(10), 2131-2140.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In Meisels, S., & Shonkoff, J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326-349). Cambridge University Press.
- Elloker, T., & Rhoda, A. J. (2018). The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review. *African Journal of Disability*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.357>
- Em, S., Bozkurt, M., Karakoç, M., Çağlayan, M., Akdeniz, D., Oktayoğlu, P., Varol, S., & Nas, K. (2015). Determining quality of life and associated factors in patients with stroke. *Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(2), 148-154. <https://doi.org/10.5152/tftrd.2015.80090>
- Gonçalves, R. S., Gil, J. N., Cavalheiro, L. M., Costa, R. D., & Ferreira, P. L. (2012). Reliability and validity of the Portuguese version of the Stroke Impact Scale 2.0 (SIS 2.0). *Quality of life research : An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21(4), 691-696. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9977-5>
- Hankey, G. J., & Blacker, D. J. (2015). Is it a stroke? *BMJ*, 350, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.h56>
- Kneebone, I. I., & Lincoln, N. B. (2012). Psychological problems after stroke and their management: State of knowledge. *Neuroscience & Medicine*, 3(1), 83-89. <http://dx.doi.org/10.4236/nm.2012.31013>
- Kolankiewicz, A. C. B., Souza, M. M., Magnago, T. S. B. S., & Domenico, E. B. L. D. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>
- Kruihof, W. J., van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M., van Heugten, C. M., & Post, M. W. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-

- related quality of life: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.003>
- Lee, Y., & Won, M. (2022). Mediating effects of rehabilitation motivation between social support and health-related quality of life among patients with stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215274>
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16-28. <https://doi.org/10.1177/1359105315595117>
- Lourenço, E., Sampaio, M. R. M., Nzwallo, H., Costa, E. I., & Ramos, J. L. S. (2021). Determinants of quality of life after stroke in southern Portugal: A cross sectional community-based study. *Brain Sciences*, 11(11), 1-10. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111509>
- Malheiro, A., Nicola, A., & Pereira, C. (2009). Contributo para a adaptação e validação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *EssFisiOnline*, 5(2), 12-24.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: Associated factors and patterns of change. *Clinical rehabilitation*, 30(8), 811-831. <https://doi.org/10.1177/0269215515602136>
- Owczarek, K. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3), 207-213.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Placebo Editora.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pereira, T. M. A., Silva, J. M., Teixeira, S., Orsini, M., & Bastos, V. H. V. (2019). Avaliação do perfil dos fatores de risco para acidente vascular cerebral: Estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9(1), 37-44. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2218>
- Pinedo, S., SanMartin, V., Zaldibar, B., Miranda, M., Tejada, P., Erazo, P., Lizarraga, N., Aycart, J., Gamio, A., Gómez, I., & Bilbao, A. (2017). Quality of life of stroke patients and their caregivers. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 5(1), 1-6. [10.4172/2329-9096.1000387](https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000387)

- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3(2), 535-544.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Silva, I. F., Neves, C. F., Vilela, A. C., Bastos, L. M., & Henriques, M. I. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-111. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). O essencial sobre acidente vascular cerebral (AVC): Guia prático para a população. *Raio-X*, 1-12.
- Sousa, F., Rocha, V., Estima, C., Castro, S. L., & Guerra, M. P. (2020). Cognitive deficits, social support, depression and quality of life of post-stroke patients. *Análise Psicológica*, 38(2), 153-165. <https://doi.org/10.14417/ap.1726>
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de vida e doenças crônicas: Possíveis relações. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8169–8196. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D., & McKeivitt, C. (2011). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the international classification of functioning, disability and health. *Chronic Illness*, 8(1), 31-44. <https://doi.org/10.1177/1742395311423848>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362–1369. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362>
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- World Stroke Organization. (2021). *Annual report 2021*. [Annual Report 2021 online latest.pdf \(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/Annual-Report-2021-online-latest.pdf)

- Vaingankar, J.A., Abdin, E., Chong, S., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: Results from a national cross-sectional survey. *Archives Public Health*, 78(108), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>
- Vasconcelos, L. B., Santos, M. C. L., Silva, R. M., Filho, C. G., Santos, V. L., & Probo, D. R. G. (2020). Qualidade de vida relacionada à saúde: Análise dimensional do conceito. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 226-238. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>
- Vicent-Onabajo, G. O., Muhammad, M. M., Ali, M. U., Masta, M. A., & Aliyu, H. N. (2016). Social support after stroke: Influence of source of support on stroke survivors' health-related quality of life. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2016/20240>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSCB



Documento: Submissão do pedido de autorização para a realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo “Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC)”

Requerente: Beatriz Oliveira Pires – Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI

Título: “Níveis de Qualidade de Vida e Suporte Social em Sobreviventes e Acidente Vascular Cerebral” cujo objetivo é avaliar os níveis de qualidade de vida e suporte social em sobreviventes de AVC

Investigador: Beatriz Oliveira Pires

Co investigadores: Professora Doutora Cláudia Silva

População do Estudo: Diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral com idade superior a 18 anos

Serviço onde decorre o estudo: Consulta Externa AVC e Serviço de Psicologia

Data do pedido: datado no HAL a 07/12/2022

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, E.P.E, 10 de fevereiro de 2023

A Comissão de Ética

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética do CHTV



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A CA

para autorizar

Eduardo Melo

25.1.23

Dr. Eduardo Melo
(Diretor Clínico)

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	01/20/01/2023
Designação	Pedido de autorização, para realização de um projeto de investigação, intitulado "Qualidade de Vida e Autoestima em Vítimas de Acidente Vascular Cerebral".
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s	Sara Soares
Data do documento	02 Dezembro de 2022
Data de Entrada na CES	12 Dezembro de 2022
Data de Deliberação CES	20 Janeiro de 2023

Analisado o pedido de autorização, para realização de um projeto de investigação, intitulado "Qualidade de Vida e Autoestima em Vítimas de Acidente Vascular Cerebral", para obtenção do grau de mestre, esta CES, deliberou que após ter-se procedido ao esclarecimento dos materiais e métodos a utilizar, nomeadamente para a caracterização da "Qualidade de Vida e Autoestima em Vítimas de Acidente Vascular Cerebral", não tem nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 20/01/2023

Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa


Dra. Ana Cristina Andrade
Vice-Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO

Reunião: 20/01/2023

CONSELHO ADMINISTRAÇÃO


Presidente
(Rui Duarte)


Vogal Executivo
(Isabel Gil)


Vogal Executivo
(Margarida Quintá)


Diretor Clínico
(Eduardo Melo)


Enfermeiro Diretor
(José L. Gomes)