

Qualidade de Vida e Autoestima numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral

Sara Loureiro Soares

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

Orientador: Prof. Dra. Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Co-orientador: Prof. Dr. Jorge Manuel dos Reis Gama

outubro de 2023

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Sara Loureiro Soares, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 11650 de 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 referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 09/10/2023

Sara Loureiro Soares

Folha em branco

Dedicatória

Dedico este projeto aos meus queridos pais, namorado e amigos, cujo apoio constante e incentivo foram fundamentais para que este objetivo fosse alcançado. Cada palavra escrita e cada conquista obtida são reflexo do amor e da inspiração que recebi de vocês. Que esta realização seja compartilhada com todos os que acreditaram em mim ao longo desta jornada.

Folha em branco

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão, primeiramente, à Prof. Dra. Paula Carvalho, orientadora da presente dissertação, pela sua orientação, apoio e dedicação ao longo deste processo. Para além de professora orientadora, desempenhou um papel fundamental no meu crescimento profissional e pessoal, constituindo uma fonte de inspiração.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer ao professor coorientador da presente dissertação, Prof. Dr. Jorge Gama, pelo conhecimento compartilhado e conselhos valiosos que contribuíram para a qualidade e rigor desta pesquisa. Além disso, a disponibilidade constante do professor para discutir ideias, esclarecer dúvidas e oferecer orientação foi inestimável.

Aos meus queridos pais, quero expressar minha gratidão e apreço por todo o amor, apoio e sacrifício que sempre me proporcionaram ao longo desta jornada académica. Vocês foram uma fonte constante de incentivo e inspiração, ensinando-me os valores da perseverança, dedicação e resiliência. Assim, esta conquista não teria sido possível sem o vosso apoio.

Quero agradecer à minha amiga Beatriz, que caminhou comigo ao longo deste projeto, pela amizade e constante incentivo. Compartilhámos momentos de altos e baixos, celebrando as pequenas vitórias e oferecendo coragem nos momentos de dúvida e desafio. Como dirias, “Se eu hoje consigo ver o arco-íris e tu não, então vejo por ti”. O teu apoio tornou esta jornada mais significativa e memorável.

Gostaria de agradecer à minha querida amiga Bibi, pela força e ajuda inalcançáveis, pois foi nos momentos mais desafiadores que a tua presença e apoio brilharam com intensidade.

A uma pessoa especial, ao meu namorado, quero agradecer pela paciência e compreensão que me deram forças para continuar, mesmo quando tudo parecia difícil. Os teus abraços e palavras foram um refúgio de tranquilidade, e a tua crença em mim fez-me acreditar que eu poderia alcançar qualquer objetivo.

Por último, agradeço a todos os participantes deste estudo, que dedicaram o seu tempo e esforço, tendo as suas contribuições fornecido insights cruciais que enriqueceram o nosso entendimento sobre o tema em questão.

Folha em branco

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral é uma condição crónica médica que representa um desafio global para a saúde resultando, frequentemente, em consequências significativas para a saúde física e mental dos sobreviventes. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar os níveis de qualidade de vida e autoestima numa amostra de doentes após AVC, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas.

O estudo baseia-se numa investigação empírica, de natureza quantitativa, de tipologia descritiva e transversal, apresentando um design de investigação correlacional e intra-sujeitos. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC).

A análise dos dados revela associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e as habilitações literárias, presença de sequelas, duração da hospitalização e diagnóstico de diabetes. O tipo de AVC também se correlacionou com a qualidade de vida, tal como a autoestima e o género. Observou-se uma influência significativa do género na autoestima, bem como do tipo de sequelas na qualidade de vida.

Este estudo pretende contribuir para aumentar a compreensão da complexidade do AVC, identificando fatores de risco que afetam o bem-estar dos pacientes. Ao reconhecer a importância de abordar tanto os aspetos físicos quanto os psicossociais do AVC, esperamos promover uma abordagem mais abrangente e holística no cuidado e suporte a indivíduos que sofreram um AVC.

Palavras-chave

Acidente Vascular Cerebral; Qualidade de Vida; Autoestima; Doença Crónica.

Folha em branco

Abstract

Stroke is a chronic medical condition that represents a global health challenge, often resulting in significant consequences for the physical and mental health of survivors. In this regard, the present study aims to assess the levels of Quality of Life (QOL) and self-esteem in a sample of patients after a stroke, considering sociodemographic and clinical variables.

The study is based on empirical research, of a quantitative nature, with a descriptive and cross-sectional typology, presenting a correlational and within-subjects research design. The instruments used for data collection were the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) and the Specific Quality of Life Scale for Users Who Have Experienced a Stroke (SQLS-Stroke).

Data analysis reveals statistically significant associations between the type of stroke and educational attainment, presence of sequelae, duration of hospitalization, and the diagnosis of diabetes. The type of stroke also correlated with QOL, as did self-esteem and gender. A significant influence of gender on self-esteem was observed, as well as the type of sequelae on QOL.

This study aims to contribute to an increased understanding of the complexity of stroke, identifying risk factors that affect the well-being of patients. By recognizing the importance of addressing both the physical and psychosocial aspects of stroke, we hope to promote a more comprehensive and holistic approach in the care and support of individuals who have experienced a stroke.

Keywords

Stroke; Quality of Life; Self-Esteem; Chronic Illness.

Folha em branco

Índice

Introdução.....	1
I - Enquadramento Teórico.....	3
1. Acidente Vascular Cerebral	3
1.1. Doença Crónica	3
1.2. Definição.....	4
1.3. Tipos de Acidente Vascular Cerebral.....	4
1.4. Epidemiologia.....	5
1.5. Manifestações Clínicas.....	6
1.6. Fatores de Risco.....	8
1.7. Prognóstico	9
1.8. Diagnóstico	9
1.9. Tratamento	10
1.10. Prevenção.....	11
2. Qualidade de Vida	12
2.1. Definição.....	12
2.2. Qualidade de Vida após AVC.....	14
3. Autoestima	16
3.1. Definição.....	16
3.2. Autoestima após AVC.....	17
II - Estudo Empírico.....	18
1. Metodologia	18
1.1. Apresentação do Estudo.....	18
1.2. Objetivo do Estudo	19
1.3. Método.....	19
1.3.1. Participantes	19
1.3.2. Instrumentos	22
1.3.3. Procedimentos	24
1.3.4. Análises estatísticas	25
2. Resultados	26
3. Discussão.....	32
3.1. Limitações e contributos.....	37
3.2. Recomendações.....	38
Conclusão	39
Referências.....	40
Anexos.....	53

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra em Função das Características

Sociodemográficas

Tabela 2 - Caracterização da Amostra em Função das Características Clínicas

Tabela 3 - Consistência interna do EQVE-AVC

Tabela 4 - Consistência interna da EAR

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra e efeito ou associação do tipo de AVC

Tabela 6 - Efeito do tipo de AVC na autoestima, qualidade de vida e domínios da qualidade de vida

Tabela 7 - Associações entre os fatores de risco e o tipo de AVC

Tabela 8 - Efeitos do tipo de sequelas e género nos scores autoestima e qualidade de vida, controlando-se a idade - MANCOVA

Tabela 9 - Modelo de regressão linear preditivo do *score* da qualidade de vida

Folha em branco

Lista de Acrónimos

DC	Doença Crónica
DCNT	Doença Crónica Não Transmissível
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquémico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AIT	Acidente Isquémico Transitório
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
TC	Tomografia Computorizada
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EQVE-AVC	Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral

Folha em branco

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença crónica (WHO, 2022), que representa um desafio para a saúde em escala global. Em todo o mundo, constitui a principal causa de deficiência física adquirida em adultos e a segunda maior causa de mortalidade em países com renda média a alta (Murphy & Werring, 2020).

O AVC é uma doença que afeta as artérias que conduzem ao cérebro e dentro do próprio cérebro. Ou seja, quando um vaso sanguíneo que leva oxigénio e nutrientes para o cérebro é obstruído por um coágulo ou se rompe, uma parte do cérebro não consegue receber o suprimento de sangue (e oxigénio) necessário, levando à morte dessa área e das células cerebrais (ASA, 2023).

Além das suas implicações físicas, o AVC pode ter um impacto significativo na qualidade de vida (QV) (Tiwari, et. al., 2021) e na autoestima dos indivíduos que o vivenciam (Lapadatu & Morris, 2019). Compreender e abordar as consequências psicossociais do AVC torna-se, portanto, de extrema importância para promover o bem-estar e a recuperação abrangente das vítimas.

A QV e a autoestima são variáveis essenciais na avaliação do estado emocional e do funcionamento psicossocial dos indivíduos após um AVC. A QV refere-se à percepção subjetiva do bem-estar geral, envolvendo aspetos físicos, psicológicos e sociais (Pereira et al, 2012), enquanto a autoestima está relacionada à avaliação subjetiva do próprio valor (Baumeister et al., 2003). Ambas as variáveis desempenham um papel fundamental na adaptação, na capacidade de enfrentamento e na reintegração dos sobreviventes de AVC na vida cotidiana.

Embora haja um crescente corpo de pesquisa sobre os fatores que influenciam a QV e a autoestima em pessoas que tiveram AVC, ainda existem lacunas significativas no conhecimento. Compreender quais as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais que têm maior impacto nessas dimensões podem fornecer *insights* valiosos para o desenvolvimento de intervenções personalizadas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar as relações entre a ocorrência de AVC, a QV e a autoestima, bem como identificar algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas que podem influenciar essas dimensões. Através de uma abordagem multidimensional, espera-se obter uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pelos sobreviventes de AVC e, assim, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e apoio mais eficazes.

Ao fornecer uma análise abrangente de várias implicações que o AVC pode ter nas dimensões da QV e da autoestima, este estudo procura fornecer informações

Qualidade de Vida e Autoestima em sobreviventes de AVC

pertinentes para profissionais de saúde, pesquisadores e políticos, com o objetivo de melhorar a QV e a autoestima, e promover a recuperação holística das vítimas de AVC.

I - Enquadramento Teórico

1. Acidente Vascular Cerebral

1.1. Doença Crónica

As condições de saúde crónicas são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2022) e, são problemas que persistem, com diversos níveis de gravidade, requerendo tratamento contínuo e cuidados de saúde ao longo do tempo (WHO, 2002). Dentro das características mais particulares, diferenciadoras das doenças agudas, é o facto da doença crónica (DC) não ter cura. Esta envolve quadros clínicos multifacetados devido, maioritariamente, a comorbilidades ou a outras doenças coexistentes que poderão dificultar o cumprimento da terapêutica, manifestando várias consequências prejudiciais tanto para o doente, como para familiares, entidades empregadoras, sistemas de saúde e sociedade (Guerra, 2009). Na categoria de DC's estão incluídas doenças transmissíveis (como HIV/AIDS) e, não transmissíveis, (por exemplo, doenças cardiovasculares), perturbações mentais, (como depressão e esquizofrenia) e deficiências estruturais contínuas (como amputações, cegueira e distúrbios articulares) (WHO, 2002).

As principais doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são as cardiovasculares (como ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais), cancro, doenças respiratórias (como doença pulmonar obstrutiva crónica e asma) e diabetes, representando mais de 80% de todas as mortes prematuras por DCNT (WHO, 2022). Este tipo de doenças mata 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 74% de todas as mortes no mundo. As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes, atribuídas a 17,9 milhões de pessoas anualmente, seguidas por cancro (9,3 milhões), doenças respiratórias crónicas (4,1 milhões) e diabetes (2,0 milhões, incluindo mortes por doenças renais causadas por diabetes) (WHO, 2022).

Qualquer pessoa, independente da faixa etária, regiões e países são afetadas por estas doenças. No entanto, essas condições são frequentemente associadas a faixas etárias mais avançadas e a países de baixa e média renda. Apesar disso, crianças, adultos e idosos, são vulneráveis aos fatores de risco que contribuem para o aparecimento das DC's, seja por dietas não saudáveis, inatividade física, exposição ao fumo do tabaco ou uso prejudicial de álcool, entre outras (WHO, 2022).

Para o doente, as consequências podem ser ao nível comportamental, cognitivo, emocional, social e físico (Detweiler-Bedell et al., 2008), podendo afetar a QV da pessoa, especialmente pelos déficits acentuados na função e atividade física do corpo, que se repercutem em baixa autonomia e autorrealização (Sexton et al., 2015). Neste

sentido, viver com doença crónica é um processo complexo e dinâmico, que envolve o desenvolvimento de cinco atributos: Aceitação, *Coping*, Autogestão, Integração e Ajuste. Dependendo de como esses atributos se constroem, há quatro maneiras diferentes de lidar com a DC: Rejeição, Falsa Normalidade, O Novo Normal e Rutura (Ambrosio et. al., 2015).

1.2. Definição

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) está inserido no grupo das doenças cerebrovasculares (DGS, 2017), sendo caracterizado pela perda repentina de circulação numa área do cérebro, resultando numa perda correspondente da função neurológica (Rafii & Hillis, 2006). Desta forma, é descrito como uma doença que afeta o funcionamento neurológico focal e, muitas vezes, global, podendo ser de origem vascular. A sua ocorrência é súbita, com uma duração de mais de 24 horas, podendo até levar à morte (OMS, 2006). Pode ser visto com uma distorção da capacidade para processar informações neuronais (De Vries & Mulder, 2007), devido à morte das células cerebrais pela falta de oxigénio no cérebro (ASA, 2020c), provocando uma grande diversidade de consequências. Normalmente, os sobreviventes de AVC sofrem com sequelas, que poderão ter um impacto significativo ao nível físico, social e psicológico (Mackenzie & Chang, 2002).

1.3. Tipos de Acidente Vascular Cerebral

O AVC pode dividir-se em dois tipos: isquémico e hemorrágico. O Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI), ocorre devido à súbita obstrução das artérias que irrigam o cérebro numa determinada área, devido a trombos ou êmbolos (OMS, 2006). Desta forma, o AVCI pode subdividir-se em trombótico, embólico, lacunar e transitório (ASA, 2020a).

O AVCI Trombótico, é causado pela formação de um coágulo sanguíneo (trombo), numa artéria que vai para o cérebro, que bloqueia o fluxo do sangue para uma parte do cérebro (ASA, 2020a), devido ao aumento das placas de gordura (Associação AVC, 2009).

O AVCI Embólico, é causado por um coágulo errante (êmbolo) que se forma, geralmente, no coração ou nas artérias do pescoço. Esses coágulos são transportados na corrente sanguínea, obstruindo um vaso sanguíneo no cérebro (ASA, 2020a).

O AVCI lacunar, é um AVC pequeno e localizado em áreas não corticais, causados pela oclusão de pequenos ramos penetrantes profundos dos vasos cerebrais.

Devido ao envolvimento de vasos com tamanho reduzido, o AVC lacunar poderá permanecer assintomático, no entanto, a acumulação de vários pequenos infartos lacunares poderá ter implicações significativas ao nível cognitivo e físico (Gore et al., 2022).

O AVCI Transitório (AIT), pode ser considerado um “mini-AVC”, uma vez que, os seus sintomas duram apenas alguns minutos e, geralmente, não causam danos cerebrais permanentes. No entanto, funciona como um alerta pois este ocorre, normalmente, antes de 15% de todos os acidentes vasculares cerebrais. Aliás, um terço das pessoas que têm um AIT tendem a ter um AVC mais grave no período de um ano (ASA, 2020c).

O AVC Hemorrágico (AVCH), comumente conhecido como derrame, diz respeito ao rompimento dos vasos sanguíneos, provocando uma hemorragia cerebral e a interrupção do fluxo sanguíneo (Associação AVC, 2009). Por sua vez, também se pode subdividir em dois subtipos: intracerebral e subaracnoide.

O AVCH Intracerebral, ocorre pela rutura dos vasos sanguíneos no tecido cerebral (Associação AVC, 2009; OMS, 2006).

O AVCH Subaracnoide, ocorre devido à hemorragia originada no espaço entre as meninges pia-máter e aracnoide (Associação AVC, 2009; OMS, 2006), ou seja, quando um aneurisma se rompe na superfície do cérebro ou perto dela e sangra no espaço entre o cérebro e o crânio (ASA, 2022a).

1.4. Epidemiologia

Segundo a World Health Organization (2019), o AVC foi a segunda causa de morte no mundo, com uma percentagem de 11%, e a terceira causa mais comum por incapacidade. Nos países pouco desenvolvidos o AVC encontrou-se em quarto lugar nas primeiras 10 causas de morte ao nível mundial, voltando a subir para segundo lugar tanto nos países com desenvolvimento médio-baixo como nos países com desenvolvimento médio, passando para terceiro lugar nos países desenvolvidos. O AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa (SAFE, 2018).

Em 2020, a Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral refere que as doenças que provocaram mais mortes foram as de origem circulatória, com 34.593 óbitos (+2,9%). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o AVC aumentou o número de mortes em 4,2%, com um total de 11.439 óbitos.

Atualmente, em Portugal, o AVC constitui a principal causa de morte e incapacidade permanente. A cada hora estima-se que, três portugueses sofrem um

AVC, sendo que, um deles não sobrevive e, metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021). No serviço de Urgências, um a dois em cada 10 AVC's são hemorrágicos, havendo uma maior prevalência dos AVC's isquêmicos (Ferro, 2013).

Segundo Figueiredo et al. (2020), o AVCH apresenta uma probabilidade de sobrevivência média mais baixa, relativamente a indivíduos que sofreram de AVC isquêmico. Em 2022, a taxa de mortalidade do AVC hemorrágico teve uma média de 32,46, enquanto a média do AVC isquêmico foi de 13,41 (SNS, 2022).

Adicionalmente, verificou-se que nos primeiros dias após o AVC, a taxa de sobrevivência é idêntica, no entanto, após um ano da ocorrência do AVC a probabilidade de sobrevivência é de 55% nos indivíduos com AVCI, e de apenas 40% nos indivíduos com AVCH. Verifica-se também que a idade constitui um fator importante, pois idades superiores a 65 anos demonstraram uma taxa de sobrevivência mais baixa (Figueiredo et al., 2020).

1.5. Manifestações Clínicas

As consequências de um AVC dependem, sobretudo, da localização e extensão das lesões iniciais no cérebro, tal como do período que ocorre desde a aparição dos primeiros sintomas e a realização de tratamento. As consequências decorrentes podem ser reversíveis e/ou permanentes, acabando por gerar grandes repercussões na vida do paciente (SPAVC, 2016).

O maior impacto sobre os pacientes ocorre, geralmente, através da limitação das atividades e participação reduzida. Neste sentido, o comprometimento mais comum causado pelo AVC é ao **nível motor**, afetando cerca de 80% dos pacientes (Langhorne et al., 2009). As dificuldades mais recorrentes manifestam-se através de hemiplegias, ou seja, paralisia de metade do corpo (Takashima et al., 2016), e hemiparesias, isto é, fraqueza muscular (Wist & Sattelmayer, 2016), podendo afetar a realização de tarefas como vestir, despir, fechar botões, manusear objetos ou mesmo exercer uma profissão (Teixeira & Silva, 2009).

Relativamente à visão, devido a esta ser abrangida por grande parte do sistema nervoso central, quando ocorre um AVC, existe uma alta probabilidade de provocar **alterações visuais**, das quais a perda de visão poderá ser considerada um dos efeitos mais incapacitantes (Pula & Yuen, 2017). Cerca de 65% dos sobreviventes de AVC podem ter problemas de visão e a maioria não a recupera totalmente, no entanto, é possível alguma recuperação (ASA, 2019). A perda da visão pode ser na metade direita ou esquerda do campo visual em cada olho (hemianopia homónima), no quarto

superior ou inferior do campo visual (quadrantanopia homónima), ou um ponto cego num ou ambos os olhos (escotoma), podendo levar a dificuldades nas atividades de vida diária, como no reconhecimento de pessoas e objetos, na leitura e na mobilidade. Outras dificuldades associadas são olhos secos, podendo sentir irritação, ardor ou visão turva; negligência (desatenção espacial), da qual a pessoa não responde e não está ciente das coisas do lado afetado pelo AVC; e, distúrbios do movimento ocular, devido à lesão nos nervos ou músculos que ajudam nos movimentos dos olhos, podendo provocar o movimento rápidos do olho (nistagmo), rotação dos olhos (estrabismo), problemas de controlo do rastreamento ocular (disfunção oculomotora) e visão dupla (diplopia). Em consequência, a perceção de profundidade, equilíbrio, coordenação e visão geral pode ser afetada (ASA, 2019).

A **incontinência urinária** é um problema comum após a ocorrência de um AVC, podendo afetar de 40% a 60% nas pessoas internadas, 25% ainda apresentam problemas quando recebem alta hospitalar e 15% permanecem incontinentes após um ano (Thomas et al., 2019). O tabu associado às questões de incontinência, poderá levar o indivíduo a experimentar sentimentos de vergonha e isolamento (Holroyd, 2019).

Ao **nível cognitivo**, cerca de 45% dos pacientes com AVC agudo são afetados com algum tipo de déficite cognitivo. No geral, o comprometimento cognitivo envolve a memória, linguagem, atenção, cálculo, orientação temporal e espacial, funções executivas, negligência, apraxia e agnosia. Assim sendo, estes fatores poderão manifestar-se em conjunto ou isoladamente e em diversos graus de severidade, impactando fortemente a vida e o desempenho ocupacional do indivíduo (Ministério da Saúde, 2013).

No que respeita à **linguagem**, os problemas mais comuns são a afasia, afetando de 21% a 38% dos pacientes com AVC agudo (Lazar & Boehme, 2017) e a disartria, afetando de 20% a 30% dos sobreviventes (Mitchell et al., 2018). A afasia, constitui uma perturbação da linguagem que afeta a capacidade de comunicar (ASA, 2022c), causada por danos na área de linguagem do cérebro, principalmente nas áreas de Broca e Wernicke. Os pacientes podem desenvolver sintomas que incluem dificuldades para articular palavras ou frases, déficits de compreensão ou ambos. Estes sintomas podem variar de comprometimento leve a perda completa de quaisquer componentes fundamentais da linguagem, como semântica, gramática, fonologia, morfologia e sintaxe (Le & Lui, 2021). A disartria, é um distúrbio motor da fala que pode ser classificado de acordo com a neuropatologia subjacente e está associado a problemas de respiração, na função laríngea, na direção do fluxo de ar e articulação, prejudicando a qualidade e inteligibilidade da fala (Enderby, 2013). Desta forma, repercute-se em mau controlo dos músculos orais articuladores, especialmente a língua e os lábios, tal como

no diminuído controlo respiratório. Dependendo dos grupos musculares comprometidos, poderá originar articulação pouco clara de palavras, fala anasalada ou voz baixa sem expressão, lapsos na precisão da fala, fadiga, ou mesmo ausência de fala (Mitchell et al., 2018).

Os **distúrbios neuropsiquiátricos** representam uma consequência comum do AVC. Esses distúrbios surgem na interseção da disfunção cerebral relacionada à lesão e o sofrimento psicológico relacionado ao evento e as consequências, sendo a depressão, ansiedade, fadiga, apatia, raiva (Nemani & Gurin, 2021) frustração e falta de motivação (APA, 2015b), as síndromes mais comuns. A depressão pós-AVC é caracterizada por sentimentos de tristeza, desesperança ou desamparo, irritabilidade, alterações na alimentação, sono e pensamento (APA, 2015b). Apesar de serem menos encontradas, a perturbação de stress pós-traumático tem vindo a ganhar mais relevância, tal como, a mania, a perturbação obsessivo-compulsivo e a psicose, constituindo condições altamente potenciais na debilitação do paciente (Nemani & Gurin, 2021).

Os **distúrbios persistentes de personalidade**, definidos como uma mudança da personalidade característica anterior, são um dos aspetos comportamentais mais exasperantes encontrados após o AVC (Ferro et al., 2013). Existem diversos tipos de alterações de personalidade que podem ser vistos em pacientes com AVC: Tipo agressivo, no qual a agressão é o comportamento predominante; desinibido, caracterizado por um baixo controlo dos impulsos; paranóide, associado a desconfiança e ideação paranoide; lábil, predominando a labilidade afetiva; e, apático, marcado por apatia e indiferença (APA, 2014).

Outras complicações mais comuns do AVC são o edema cerebral (inchaço do cérebro após um AVC), pneumonia, decorrente da incapacidade de a pessoa se mover como resultado do derrame, ou devido a problemas de deglutição após o AVC levando à pneumonia por aspiração. Infecção do trato urinário e/ou controlo da bexiga, convulsões, escaras, contraturas dos membros, trombose venosa devido à imobilidade e dor no ombro pela fraqueza ou paralisia (ASA, 2015a).

1.6. Fatores de Risco

O AVC é uma doença associada a uma multiplicidade de causas. Estas, podem ser divididas em fatores de risco modificáveis, ou seja, podem ser minimizados através do controlo e tratamento, diminuindo o risco de incidência. E, não modificáveis, ou seja, não são suscetíveis de qualquer tipo de intervenção (SPAVC, 2016). Nos primeiros, estão incluídos hipertensão arterial, excesso de peso, alimentação deficitária em frutas

e verduras, consumo exagerado de bebidas alcoólicas, sedentarismo, tabagismo e diabetes (OMS, 2006). Os segundos, dizem respeito à raça (SPAVC, 2016), idade, gênero, história familiar e genética. Em muitas populações, fatores como a idade avançada e pertencer ao gênero masculino estão relacionados a um maior risco (OMS, 2006). Doenças como cardiopatias, fibrilação atrial crônica, diabetes *mellitus* e aterosclerose também estão associadas a este quadro clínico (Pires et al., 2004).

1.7. Prognóstico

Apesar da abrangente investigação sobre a temática do AVC, pouco se sabe acerca da longevidade alcançada das pessoas que sofrem com esta patologia (Figueiredo et al., 2020). No entanto, sabe-se que há uma maior taxa de mortalidade nos indivíduos com AVC hemorrágico, nos doentes em coma, com quadros neurológicos graves (desvio ocular conjugado, hemiplegia + afasia global ou + neglect) e nos idosos (Ferro, 2013).

Segundo o estudo de Schepers et al. (2008), em pacientes com AVCI, nas 12 a 26 semanas após o AVC, apresentaram uma recuperação significativamente mais rápida, enquanto em pacientes com AVCH a recuperação foi mais restrita. No entanto, um aumento significativo nas atividades da vida diária foi encontrado até 10 semanas após o AVCH, enquanto os pacientes com AVCI apresentaram recuperação significativa até 26 semanas após o AVC. Num outro estudo, pacientes com AVCH apresentaram maior comprometimento funcional do que os pacientes com AVCI na admissão, mas obtiveram maiores ganhos e, pacientes com AVCH incapacitante mais grave melhoraram mais do que aqueles com AVCI de gravidade comparável. Assim, a gravidade inicial da incapacidade, a idade e a duração da terapia constituem bons preditores do resultado funcional após a reabilitação (Kelly et. al., 2003). É de ressaltar que, dos fatores mais importantes a ter em conta é o tempo entre a ocorrência dos primeiros sintomas e a chegada ao hospital, sendo que, quanto menor for o período, maior será a probabilidade de sobrevivência sem sequelas (SPAVC, 2016).

1.8. Diagnóstico

O diagnóstico de AVC deve avaliar o tipo de AVC e a localização da lesão no cérebro, para que possam ser descartadas outras condições que provoquem sintomas semelhantes ao AVC e ataques isquêmicos transitórios, levando à realização de um tratamento mais adequado (ASA, 2020b).

Para facilitar o reconhecimento de AVC na população, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral enfatiza a importância do conhecimento dos 3 F's: Desvio da face, dificuldade em falar e falta de força num braço. Desta forma, na presença destes sinais de alerta, deve-se imediatamente contactar os serviços de emergência médica (112), ativando a Via Verde do AVC (SPAVC, 2016).

Em contexto de emergência, é importante saber quando começaram os sintomas, o histórico médico do paciente e a realização de exames físicos e neurológicos, exames ao sangue e, uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Estes testes, permitem examinar a aparência, o funcionamento e o suprimento de sangue do cérebro. Assim, os testes de diagnóstico podem dividir-se em duas categorias: exames de imagens e testes de fluxo sanguíneo (ASA, 2020b).

Nos exames de imagens, estão incluídos a tomografia computadorizada (TC), que é dos primeiros exames realizados a um paciente com sintomas de AVC e, os seus resultados fornecem informações sobre a localização e extensão da lesão cerebral e a causa do AVC. A ressonância magnética (RM), indica a localização e a extensão da lesão cerebral, no entanto, é mais detalhada do que a TC, sendo frequentemente utilizada no diagnóstico de lesões pequenas e profundas no cérebro. A angiografia por tomografia computadorizada (ATC), permite produzir imagens dos vasos sanguíneos para procurar anormalidades. E, a angiografia por ressonância magnética (ARM), ajuda a localizar uma artéria bloqueada ou identificar se ocorreu um aneurisma cerebral. Nos exames de fluxo sanguíneo, estes permitem obter informação sobre a condição das artérias da cabeça e do pescoço que fornecem sangue ao cérebro. Aqui, está incluída a angiografia cerebral, que permite observar o tamanho e a localização dos bloqueios dos vasos, auxiliando no diagnóstico de aneurismas e de vasos sanguíneos malformados (ASA, 2020b).

1.9. Tratamento

O tratamento visa manter a lesão cerebral o menor possível, restaurando rapidamente o fluxo do sangue para a parte do cérebro onde o bloqueio ocorreu (ASA, 2020a). Para isso, os doentes com AVC agudo devem dirigir-se imediatamente a uma urgência hospitalar e ser internados numa Unidade de AVC (Ferro, 2013), sendo que, a sua mobilização e reabilitação precoces contribuirão para a redução da incapacidade após o AVC e consequentes complicações (STEPS, 2016).

O tratamento dos pacientes com AVC deve iniciar-se com uma equipa multidisciplinar especializada, ajudando na redução a longo prazo da mortalidade, no grau de dependência e institucionalização, podendo incluir tratamento medicamentoso

(STEPS, 2016). O tratamento geral, dirigido a pacientes críticos inclui cuidados respiratórios e cardíacos, controlo metabólico e dos fluídos, controlo da pressão arterial, a prevenção e o tratamento de situações como convulsões, tromboembolismo venoso, disfagia, pneumonia de aspiração, outras infeções, ou úlceras de pressão e, ocasionalmente, o controlo de pressão intracraniana elevada (Ringleb et al. 2008).

Além da abordagem medicamentosa, é muito importante que sejam prestados cuidados ao nível psicológico após um AVC. A incapacidade e a disfunção têm um impacto significativo no autocuidado dos pacientes e na interação social, o que aumenta a sobrecarga sobre as suas famílias e desencadeia emoções negativas nos pacientes (Lu et al., 2023), nomeadamente: sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento psicológico geral e isolamento social (Kouwenhoven et al., 2011).

Outro fator relevante está relacionado com a carga psicológica e fatores fisiopatológicos do AVC, que potenciam um terço dos pacientes a desenvolver depressão após o AVC (Guo et al., 2022). Além disso, os pacientes com depressão pós-AVC apresentam baixa adesão ao tratamento, um prognóstico desfavorável e uma QV inferior quando comparados com aqueles que não apresentam depressão pós-AVC. Desta forma, é fundamental que os hospitais e profissionais de saúde possam fornecer apoio psicológico, incluindo ouvir as opiniões dos pacientes e fornecer educação em saúde (Lu et al., 2023).

Para além do tratamento médico e psicológico, os cuidadores e pessoas próximas desempenham um papel fundamental na recuperação do paciente, prestando apoio emocional e prático (ASA, 2022a).

1.10. Prevenção

Sendo o AVC uma doença que, na maioria das vezes, pode ser prevenida, podemos dividir a prevenção em saúde em primária e secundária. A prevenção primária, diz respeito aos fatores de risco existentes ou não, em pessoas sem a doença, enquanto a prevenção secundária aborda os cuidados, para evitar o agravamento ou retorno da doença, recorrendo a um tratamento personalizado (Caprio & Sorond, 2019).

Focada no AVC, a prevenção primária deve incidir no controlo dos fatores de risco do AVC, requerendo intervenções ao nível individual e social. Nestas intervenções podem estar incluídas campanhas mediáticas, mudanças legislativas e medidas que procurem instruir toda a população, e não apenas os indivíduos com maior risco. Iniciativas como servir comida mais saudável nos estabelecimentos públicos, diminuir a quantidade de açúcar e sal nos alimentos processados, apelar ao uso das escadas,

proibição de fumar e sensibilização para a hipertensão devem ser promovidas (SAFE, 2018). Medidas que auxiliem na redução do stresse, dormir de 7-9 horas por noite e fazer exames médicos regulares, incluindo a avaliação do seu risco de AVC, contribuem para a diminuição do risco de ocorrência deste problema (ASA, 2022b). Também pode ser feita uma avaliação do risco do primeiro AVC, através do uso de ferramentas de avaliação de risco, como a AHA/ACC CV Risk Estimator, contribuindo para alertar tanto o paciente como os médicos quanto aos possíveis riscos, auxiliando na elaboração de intervenções terapêuticas (Meschia et. al., 2014).

Numa prevenção secundária, após a ocorrência de um AVC, têm de ser tomadas medidas para impedir a repetição ou a ocorrência de outro problema vascular (Ferro, 2013), sendo que estas poderão ajudar a reduzir 80% o número de aparecimento de novos AVC's (SAFE, 2018). Nesse sentido, a adoção de um estilo de vida que inclua uma dieta alimentar do tipo mediterrâneo, controlo do peso corporal, exercício físico regular, abstinência de tabaco e moderação do consumo de bebidas alcoólicas, sendo que no caso de AVCH não poderá haver qualquer ingestão, é extremamente importante. Em caso da existência de hipertensão, diabetes ou hiperlipidemia, o seu controlo deve estar assegurado. O tratamento farmacológico e das estenoses arteriais significativas também constituem medidas preventivas eficazes (Ferro, 2013).

A atuação dos psicólogos em cenários de saúde poderá auxiliar na redução dos fatores de risco para a saúde e no fortalecimento dos fatores de proteção e resiliência, uma vez que, atende às necessidades dos indivíduos de maneira adequada e especializada, através da aplicação de habilidades de comunicação interpessoal e colaboração em equipa, juntamente com competências específicas em prevenção e promoção da saúde. Na prevenção do AVC, os psicólogos podem desempenhar um papel fundamental na educação pública sobre os fatores de risco do AVC, desenvolver campanhas de conscientização, programas de educação sobre como reduzir os riscos e auxiliar na modificação de comportamentos de risco. Alguns exemplos incluem o desenvolvimento de estratégias para parar de fumar, adotar uma dieta mais saudável, praticar exercícios regularmente e aprender a gerir o stress (Gabinete de Estudos Técnico, 2016).

2. Qualidade de Vida

2.1. Definição

O termo “Qualidade de Vida”, terá sido abordado pela primeira vez em 1920 por A. C. Pigou no seu livro sobre bem-estar económico, mas foi ignorado até ao final da

Segunda Guerra Mundial (Ruževičius, 2014). No entanto, o conceito volta a reaparecer, nos Estados Unidos, pelo presidente Lyndon Johnson, em 1964, ao discursar a importância de que os objetivos deverão ser mensurados pela QV que oferecem às pessoas (Fleck et al, 1999).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, o termo QV tornou-se comumente usado, associado, essencialmente, a possuir bens materiais como, uma casa, carro e dinheiro. Posteriormente, o termo foi gradualmente ampliado, abrangendo a preocupação com o indivíduo, a educação, o crescimento económico, a saúde e bem-estar. No final dos anos 60, a ênfase foi direcionada à liberdade pessoal, lazer, emoção, diversão, simplicidade e cuidado pessoal (Farquhar, 1995).

Atualmente, a QV é entendida como um conceito muito amplo e complexo de definir, uma vez que é valorizado tanto nas ciências humanas como nas biológicas e, a sua definição vai depender das diferentes áreas e campos de estudo. Ainda assim, reconhece-se que não se explica apenas pela diminuição da mortalidade, aumento da expectativa de vida ou controlo dos sintomas. Embora os investigadores não cheguem a nenhum consenso na definição deste construto, existem aspetos essenciais que lhe estão inerentes como, a multidimensionalidade, subjetividade e, a presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor) (Fleck et al, 1999). No entanto, a QV pode ainda ser perspetivada de forma diferente de pessoa para pessoa podendo mudar ao longo da vida, sendo que fatores como o estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer, espiritualidade (Nahas, 2017), solidariedade, felicidade e liberdade (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007) estão maioritariamente associados. Pode ser igualmente vista como uma medida da própria dignidade humana, uma vez que atende às necessidades humanas essenciais (Nahas, 2017).

Assim, na literatura encontramos várias perspetivas que conceptualizam o conceito de QV e que passamos a apresentar.

Para Day e Jankey (1996), a QV pode ser perspetivada considerando quatro abordagens diferentes: socioeconómica, psicológica, biomédica e geral. A abordagem socioeconómica tem os indicadores sociais e económicos como elementos principais. A abordagem psicológica assenta nas reações subjetivas do indivíduo às suas vivências, dependendo, numa primeira instância, da experiência direta da pessoa. Deverá atender a seis dimensões importantes: (1) objetivo-realização, relacionado às questões entre o que se tem e o que se quer ter; (2) o que as pessoas consideram realmente ser o seu ideal de vida; (3) a perceção entre circunstâncias atuais e o que espera tornar-se; (4) relação percebida entre QV atual e a melhor QV que já se teve no passado; (5) o que é

possuído por uma pessoa e pelo grupo de referência e, (6) a adaptação da pessoa ao ambiente em que está inserida.

As abordagens médicas remetem essencialmente, para as condições de vida dos doentes. Nas abordagens gerais, o conceito de QV é multidimensional, da qual os seus componentes são complexos e dinâmicos e diferem de pessoa para pessoa dependendo do seu contexto. São igualmente importantes aspetos como valores e interesses (Day & Jankey, 1996).

Segundo Nahas, a QV é “a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano” (2017, p. 15). Já para Minayo et al., a QV trata-se de “uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e, também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social de determinada sociedade” (2000, p. 7).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Podemos perceber que há uma crescente mudança no significado de QV, que abrange tanto aspetos objetivos como subjetivos (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Como fica evidenciado na definição da OMS, o conceito é composto por diferentes dimensões, com abordagens gerais e holísticas (De Vasconcelos et al., 2020). Desta forma, podemos aferir que se trata de uma definição que considera um conceito que tem por base a influência da saúde psicológica e física, o nível de autonomia, características pessoais e o meio em que a pessoa está inserida, devendo ser explorada a partir da percepção de cada um (Pereira et al, 2012).

Adicionalmente, um conceito que emerge da QV associada à saúde, é o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), utilizado tanto no contexto da vida cotidiana como na pesquisa científica. O seu foco concentra-se na saúde e doença, mas também e, sobretudo, no processo humano de viver (De Vasconcelos et al., 2020). Pode ser definido como um “conceito multidimensional que representa a percepção geral do paciente sobre o efeito da doença e do tratamento nos aspetos físicos, psicológicos e sociais da vida” (FDA, 2009, p. 32).

2.2. Qualidade de Vida após AVC

O AVC é uma doença crónica, considerado um problema de saúde pública mundial devido a graves incapacidades, limitações no funcionamento e comprometimento da QV. Os sobreviventes de AVC poderão experienciar várias consequências distintas tanto a nível físico, como psicológico (Ramos-Lima et al., 2018) e, a recuperação pode levar meses a anos, sendo que, muitos dos sobreviventes, poderão não recuperar o seu nível anterior de função (Yeoh et al. 2019) constituindo, assim, um grande desafio na vida após AVC.

Desta forma, o AVC poderá constituir um fator importante na QV após a sua ocorrência, uma vez que é um construto com carácter multidimensional, envolvendo elementos físicos, psicológicos e sociais do bem-estar (Cumming et al., 2019). Nesse sentido, as consequências do AVC poderão comprometer grande parte da vida e gerar dependência, o que influenciará negativamente a QV tanto do paciente como da família (Rangel et al., 2013). Seguidamente, passamos a apresentar alguns estudos que demonstram esta afirmação.

Segundo Em et al., (2015), num estudo comparativo entre indivíduos que sofreram um AVC e participantes saudáveis, a QV foi mais reduzida entre os sobreviventes de AVC. Consequências do AVC, como incapacidade física e falta de interações sociais, podem levar a sintomas depressivos e a uma baixa QV percebida. Carod-Artal et al., (2000), demonstraram igualmente que a depressão e incapacidade foram os preditores mais fortes de QV geral, especialmente ao nível psicossocial e físico. Também fatores como a idade mais avançada, pertencer ao género feminino, menor escolaridade e ansiedade foram associados a uma menor QV (Orman et al., 2022).

Num estudo de Rangel et al. (2013), as dimensões mais afetadas pelo AVC foram ao nível da capacidade funcional, no aspeto físico, social e emocional e, no estado geral de saúde. Sendo que, os aspetos mais comprometidos foram a mobilidade, o trabalho, a função do membro superior, o comportamento, a relação familiar e social e a energia. A maioria dos pacientes apresentavam dependência moderada ou severa para as atividades de vida diária tal como sintomas disfóricos ou depressivos. Outro estudo revelou que o AVC provocou grandes consequências ao nível do desempenho cognitivo, menor suporte social e maior sintomatologia depressiva, diminuindo a perceção da QV dos pacientes (Sousa et al., 2020).

No entanto, a perceção de saúde, bem-estar e QV é mediada, nomeadamente, por fatores psicológicos, sociais e culturais, não sendo diretamente proporcional aos sintomas e limitações funcionais. Assim sendo, os pacientes com a mesma problemática poderão ter uma QV muito distinta (Pais-Ribeiro, 2004).

3. Autoestima

3.1. Definição

A autoestima, destaca-se historicamente como um tema importante, especialmente para as ciências sociais, após William James (1890/1983) o ter introduzidos num dos seus livros (Mruk, 2006). No entanto, foi devido ao contributo tanto de William James, como de Gordon Allport e Carl Rogers que o conceito se desenvolveu (García et al., 2019).

Trata-se de um construto central e essencial tanto na psicologia clínica, como na do desenvolvimento, da personalidade e social (Abdel-Khalek, 2016), sendo várias as definições que se encontram na literatura.

Para Schultz e Schultz (2015), a autoestima faz parte da personalidade, desenvolvendo-se nos primeiros anos de vida a partir do autoconceito, ou seja, da conceção pessoal que a pessoa faz de si própria.

Segundo Rosenberg (1965), a autoestima caracteriza-se pela atitude positiva ou negativa que a pessoa tem para consigo própria. Da mesma forma, Wang e Ollendick (2001), afirmaram que a autoestima tem por base uma avaliação de si mesmo, seguida de uma reação emocional em relação a si próprio. Na mesma linha, de acordo com Baumeister et al. (2003), constitui um construto que é definido pelo valor que as pessoas dão a si mesmas. Desta forma, uma autoestima elevada reflete-se numa avaliação geral elevadamente positiva de si mesmo, enquanto uma baixa autoestima, se reflete numa avaliação negativa de si mesmo.

Na definição de Mruk (2006), a autoestima consiste na condição vivida pela competência individual e o valor pessoal no enfrentamento dos desafios da vida ao longo do tempo. Assim, o autor divide o construto em dois componentes fundamentais: competência e merecimento. A competência é vista como o fator comportamental da autoestima, que está relacionada à aspiração e ao sucesso, enquanto o merecimento é baseado em valores ou crenças.

No fundo, as crenças, avaliações e sentimentos das pessoas sobre si mesmos determinam quem elas são, o que podem fazer e o que se podem tornar, fornecendo um mecanismo interno de orientação ao longo da vida do indivíduo (Mann et al., 2004). Uma vez que é um construto que assenta em crenças que a pessoa forma sobre ela própria, não espelha necessariamente algo real, apenas a sua perceção (Baumeister et al., 2003). No entanto, a autoestima positiva, pode ser vista como um aspeto básico importante da saúde mental e como um fator de proteção contra possíveis influências negativas. Por outro lado, uma baixa autoestima poderá ter um grande impacto ao nível

do funcionamento saudável, resultando num alto grau de sofrimento pessoal. Consequentemente, perturbações como depressão e ansiedade poderão ser desencadeadas (Mann et al., 2004).

3.2. Autoestima após AVC

Após a lesão cerebral, e devido às subseqüentes sequelas e mudanças nas várias áreas de vida, a autoestima poderá ser fortemente afetada, estando maioritariamente associada ao sofrimento psicológico (Lapadatu & Morris, 2019).

Respeitante ao AVC, este poderá ter um grande impacto nas competências e características da pessoa, influenciando a visão que tem de si mesma, levando à criação de uma perceção menos positiva do valor próprio (Lapadatu & Morris, 2019), isolamento e morbilidade psicológica (Ellis-Hill & Horn, 2000) e, portanto, à diminuição da autoestima. A autoestima dependerá, assim, do impacto que a doença teve na vida da pessoa e na maneira como ela dará significado ao mesmo. As crenças que desenvolverá determinarão como o paciente se relaciona consigo mesmo, com o outro e com o mundo (Monteiro & Guimarães, 2019). O nível de consciência dos déficits também se mantém um fator importante pois, quanto mais consciente uma pessoa estiver das suas deficiências e das implicações que elas terão no funcionamento futuro, menor será a sua autoestima (Keppel & Crowe, 2000).

Vários estudos comprovaram que a doença crónica apresenta um grande impacto na autoestima (e.g. Ghodusi et al., 2016; Hemati & Kiani, 2016; Hill, 2017; Pompeo et al., 2017). Segundo Hemati e Kiani, (2016), a duração da doença tem um efeito direto sobre a autoestima e, um nível de autoestima mais baixo foi relacionado com a frequência e duração de hospitalização, diminuição da QV, limitações funcionais, mudanças na aparência e alterações no estado psicológico dos pacientes. Em consequência, a baixa autoestima irá impactar negativamente as suas relações, os pensamentos e sentimentos, as atividades da vida diária (Ghodusi et al., 2016) e, subseqüentemente a adaptação e gestão da doença (Schroevera et al., 2003; Ghodusi et al., 2016).

Numa tentativa de recuperar a sua identidade, na qual esse objetivo pode não ser conseguido, o indivíduo pode envolver-se num processo de luta entre a pré e a pós perceção de identidade e essa discrepância pode afetar a autoestima devido à diminuição da autoeficácia resultante da falha em atingir metas relacionadas à identidade pré-lesão (Brands et al., 2012). Em adição, especialmente nos jovens com AVC, devido ao grande valor que atribuem aos aspetos físicos, a sua perda ou comprometimento contribuem para aumentar o risco de desenvolverem sentimentos

de inferioridade e, orgulho e autorrespeito reduzidos (Keppel & Crowe, 2000). Assim sendo, uma visão negativa de si mesmo está associada ao aparecimento de quadros de depressão e ansiedade (Vickery, 2006).

Desta forma, a QV e a autoestima, estão relacionadas. Para que haja uma boa QV é importante que a autoestima esteja equilibrada, uma vez que está intrinsecamente associada à forma como nos relacionamos com os outros, à perceção das nossas capacidades e valor que a pessoa atribui a si mesma (Monteiro & Guimarães, 2019).

Assim, esta investigação tem como objetivo geral avaliar os níveis de QV e autoestima numa amostra de pessoas após o AVC, tendo em conta variáveis sociodemográficas e clínicas.

II - Estudo Empírico

1. Metodologia

Esta parte tem como objetivo descrever a metodologia utilizada neste estudo. Será fornecida uma breve visão geral da investigação em questão, incluindo os objetivos gerais e específicos. Após essa introdução, será apresentada uma análise das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Em seguida, serão discutidos os instrumentos utilizados para recolher os dados, bem como os procedimentos seguidos ao longo de todo o processo de desenvolvimento desta pesquisa.

1.1. Apresentação do Estudo

De acordo com a revisão teórica efetuada na primeira parte desta investigação, pôde-se confirmar que existem diversos estudos realizados a nível mundial e em Portugal sobre o AVC, especialmente associado à variável QV. No entanto, o mesmo não acontece quanto à variável autoestima, requerendo mais aprofundamento sobre o tema.

O presente estudo baseia-se numa investigação empírica, de natureza quantitativa, de tipologia descritiva e transversal, apresentando um *design* de investigação correlacional e intra-sujeitos. Tem por base a recolha e o tratamento estatístico e sistemáticos de dados, com a finalidade de estabelecer relações entre as variáveis, QV e autoestima, em vítimas de AVC.

1.2. Objetivo do Estudo

Esta investigação tem como objetivo geral avaliar os níveis de QV e autoestima numa amostra de doentes após o AVC, tendo em conta variáveis sociodemográficas e clínicas. Mais especificamente, pretende-se:

- a) Avaliar se existem relações entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações literárias e estado civil) e clínicas (presença de sequelas, tipo de sequelas e tempo de hospitalização) e o tipo de AVC.
- b) Avaliar se o género, idade ou tipo de sequelas influenciam os níveis de QV ou autoestima.
- c) Avaliar as associações entre os fatores de risco e o tipo de AVC.
- d) Avaliar se existe relação entre os níveis de QV e os níveis de autoestima em pessoas após AVC.

1.3. Método

1.3.1. Participantes

A amostra deste estudo caracteriza-se como não probabilística, de conveniência, uma vez que a mesma foi recolhida tendo em conta a disponibilidade e interesse dos sujeitos.

A amostra contou com 52 utentes do Hospital São Teotónio (HST) e 56 utentes da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), perfazendo assim um total de 108 participantes.

O grupo é composto por 48 (44,4%) pessoas do género feminino e 60 (55,6%) do género masculino, sendo a totalidade de nacionalidade portuguesa (100%). A média de idade da amostra é de 68,36 anos ($DP = 13,023$), com um mínimo de 33 e um máximo de 88 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, grande parte da amostra tem até ao 4º ano de escolaridade (62%). Quanto ao local de residência, 64 vivem numa aldeia (59,3), 13 numa vila (12%) e 31 numa cidade (28,7%). No que diz respeito ao estado civil, 10 participantes são solteiros (9,3%), 71 são casados ou encontram-se em união de facto (65,7%) e 4 são divorciados (8%). O agregado familiar dos participantes é constituído maioritariamente por 2 pessoas (61,1%), sendo que 18 participantes vivem sozinhos (16,7%). Quanto à situação profissional, 1 participante (0,9%) é estudante, 2 (1,9) são domésticos, 33 (30,6%) tem emprego a tempo inteiro (e.g. agricultor/a,

operário/a fabril ou pedreiro), 1 (0,9%) tem emprego a part-time, 3 (2,8%) encontram-se desempregados, 62 (57,4%) são reformados e 6 (5,6%) encontram-se noutra situação (e.g. invalidez). Na tabela 1 encontram-se estes dados mais detalhadamente, apresentando as frequências (*n*) e percentagens (%).

Tabela 1

Caracterização da Amostra em Função das Características Sociodemográficas (N=108)

Variável		(N)	(%)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Idade				68.36	13.023
Género	Masculino	60	55.6		
	Feminino	48	44.4		
Habilitações literárias	Até ao 4º ano	67	62.0		
	5º até ao 9º ano	20	18.5		
	12º ano	11	10.2		
	Ensino Superior	10	9.3		
Local de residência	Aldeia	64	59.3		
	Vila	13	12.0		
	Cidade	31	28.7		
Estado civil	Solteiro	10	9.3		
	Casado/União de facto	71	65.7		
	Divorciado	11	10.2		
	Viúvo	16	14.8		
Agregado familiar	2 pessoas	66	61.1		
	3 pessoas	10	9.3		
	4 pessoas	8	7.4		
	5 pessoas ou mais	6	6.5		
	Reside sozinho	18	16.7		
Situação profissional	Estudante	1	0.9		
	Doméstico/a	2	1.9		
	Emprego a tempo inteiro	33	30.6		
	Emprego a part-time	1	0.9		
	Desempregado	3	2.8		
	Reformado	62	57.4		
	Outra situação	6	5.6		

Relativamente às características clínicas dos indivíduos estudados, 80 (74.1%) tiveram um AVCI e 15 (13.9%) um AVCH, sendo que, em 71 (65.7%) dos participantes o AVC ocorreu há menos de um ano e 37 há mais de um ano (34.3%). No que respeita ao tempo de hospitalização, 35 (32.4%) estiveram hospitalizados entre 1 e 5 dias, 34 (31.5%) estiveram de 5 a 10 dias, 32 (29.6%) estiveram mais de 10 dias e 7 (6,5%) não estiveram hospitalizados. Quanto às sequelas, grande parte da amostra teve sequelas

Qualidade de Vida e Autoestima em sobreviventes de AVC

(74.1%), nomeadamente ao nível motor (34.3%). No que concerne aos fatores de risco, 19 (17.6%) indivíduos apresentaram diagnósticos de diabetes, 75 (69.4%) hipertensão, 24 (22.2%) doença cardíaca, 28 (25.9%) arritmia cardíaca, 54 (50%) colesterol, 31 (28.7%) consumo de álcool e 90 não praticavam exercício físico (83.3%).

Tabela 2

Caracterização da Amostra em Função das Características Clínicas (n=108)

Variável		(n)	(%)
Tipo de AVC	Isquémico	80	74.1
	Hemorragico	15	13.9
	AIT	13	12.0
Há quanto tempo ocorreu	Menos de um ano	71	65.7
	Mais de um ano	37	34.3
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
Tipo de sequelas	Nenhuma	28	25.9
	Fala/linguagem	11	10.2
	Motoras	37	34.3
	Cognitivas	6	5.6
	Visão	9	8.3
	Outra	17	15.7
Fatores de risco	Diabetes		
	Sim	19	17.6
	Não	89	82.4
	Hipertensão		
	Sim	75	69.4
	Não	33	30.6
	Doença cardíaca		
	Sim	24	22.2
	Não	84	77.8
	Arritmia cardíaca		
	Sim	28	25.9
	Não	80	74.1
	Colesterol		
	Sim	54	50
	Não	54	50
	Consumo de álcool		
Sim	31	28.7	
Não	77	71.3	

Não praticar exercício físico	18	16.7
Sim	90	83.3
Não		

1.3.2. Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, foram escolhidos três questionários que permitiram a recolha dos dados para a avaliação dos objetivos propostos. Desta forma, foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

Questionário Sociodemográfico

Construiu-se um questionário para o presente estudo, de modo a possibilitar o levantamento de dados sociodemográficos (e.g. idade, género, nacionalidade, habilitações literárias, local de residência, estado civil, agregado familiar e situação profissional) e características clínicas da doença (e.g. tipo de AVC, há quanto tempo ocorreu, hospitalização, tipo de sequelas, fatores de risco, problemas de saúde e acompanhamento psicológico). Os dados clínicos eram facultados pela médica assistente nas consultas da especialidade.

Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC)

A Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC), foi desenvolvida por Linda Williams e colaboradores, em 1999, com o objetivo de avaliar a QV dos pacientes após a ocorrência de um AVC. Posteriormente, em 2009, a versão portuguesa desta escala foi adaptada e validada por Malheiro, Nicola e Pereira (Malheiro et al., 2009).

Este instrumento é constituído por 49 itens, subdivididos em 12 domínios, sendo estes, a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/produktividade. São apresentadas três

alternativas de resposta, desenvolvidas numa escala de tipo *Likert*, variando as pontuações de 1 (Ajuda total/Não o consegui fazer de todo/Concordo fortemente) a 5 (Sem ajuda/Sem dificuldade/Discordo fortemente) (Malheiro et al., 2009).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, estas revelam ser boas. Segundo o estudo de Malheiro et al. (2009), o questionário obteve uma consistência interna muito boa, apresentando um coeficiente alpha de Cronbach igual a .94. Quanto aos 12 domínios, à exceção do Papel Familiar ($\alpha = .526$), apresentaram um alpha de Cronbach acima de .734, revelando uma boa a muito boa consistência interna (Malheiro et al., 2009).

Ao considerar a avaliação da confiabilidade do instrumento na nossa amostra, foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach de .960 (α ordinal = .972) (Zumbo et al., 2007; Bastos & Pereira, 2012), o que indica uma consistência interna muito boa. Relativamente aos 12 domínios, excetuando o Papel Familiar ($\alpha = .529$; α ordinal = .624), apresentaram um alfa de Cronbach mínimo de .768 (α ordinal = .848) indicando uma consistência interna entre boa a muito boa (Pereira & Patrício, 2020).

Tabela 3

Consistência interna do EQVE-AVC

Escala	Nº de itens	Coeficiente Alfa de Cronbach	Coeficiente Alfa Ordinal
Qualidade de Vida	49	.960	.972
Energia	3	.900	.948
Papel Familiar	3	.529	.624
Linguagem	5	.939	.965
Mobilidade	6	.925	.959
Disposição	5	.835	.905
Personalidade	3	.842	.906
Autocuidados	5	.895	.951
Papel Social	5	.852	.902
Capacidade Mental	3	.768	.848
Função do Membro Superior	5	.878	.931
Visão	3	.837	.927
Trabalho/Produtividade	3	.917	.962

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), foi criada pelo psicólogo Morris Rosenberg, com o objetivo de avaliar a autoestima global, tendo sido traduzida e

adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Mais recentemente, foram também analisadas as características psicométricas desta escala numa amostra de estudantes do ensino superior, referindo que “os resultados do estudo são globalmente positivos” (Santos, 2008, p. 7), sobretudo, ao nível da validade, consistência interna e estabilidade temporal, pelo que se justifica utilizá-la com a população adulta.

Constitui um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da autoestima, devido à sua linguagem simples e clara, pela facilidade de aplicação e cotação e, pelo número reduzido de itens (Santos, 2008). Desta forma, a escala inclui 10 itens, 5 orientados positivamente e os outros 5 negativamente, avaliados através de uma escala de tipo *Likert* com quatro opções de resposta (1 = Discordo fortemente, 2 = Discordo, 3 = Concordo, 4 = Concordo fortemente). O valor total da escala é a soma das pontuações, sendo que, a cotação dos itens de orientação negativa é invertida. Os resultados podem oscilar entre 10 e 40 valores e, uma pontuação elevada indica maiores níveis de autoestima (Santos & Maia, 2003).

Segundo o estudo de Santos (2008), puderam concluir que a EAR avalia um construto unidimensional, tal como descrito inicialmente por Rosenberg (1965). Ao nível da consistência interna, esta mostrou-se satisfatória, apresentando um alfa de Cronbach de .82 (Santos, 2008).

No que diz respeito à validade interna do instrumento em questão, tendo em conta os participantes do presente estudo, verificou-se um coeficiente alfa de Cronbach de .889 (α ordinal = .923) para o total da escala, concluindo-se que o total do instrumento tem uma consistência interna boa (Pereira & Patrício, 2020).

Tabela 4

Consistência interna da EAR

Escala	Nº de itens	Coeficiente Alfa de Cronbach	Coeficiente Alfa Ordinal
EAR	10	.889	.923

1.3.3. Procedimentos

A pesquisa teve aprovação do protocolo de investigação pela Comissão de Ética de dois hospitais da zona centro de Portugal, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e o Hospitalar Tondela-Viseu e, posteriormente, iniciou-se a recolha de dados na consulta externa. Para a seleção da amostra, foram estabelecidos critérios de inclusão que incluíam a confirmação de diagnóstico clínico de AVC ocorrido pelo menos 10 dias antes da avaliação, idade igual ou superior a 18 anos e nacionalidade

portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão, foi considerada a presença de condições clínicas que afetassem a capacidade de comunicação com o participante, tornando impossível a resposta ao protocolo.

Durante a recolha de dados, a investigadora estava sempre presente e iniciava a sessão apresentando os objetivos do estudo e garantindo a confidencialidade e anonimato. Todos os participantes forneceram um consentimento informado por escrito.

1.3.4. Análises estatísticas

Para a caracterização da amostra, com os dados sociodemográficos e escalas EAR e EQVE-AVE, foram calculadas várias medidas descritivas, entre as quais: a média (M), o desvio padrão (DP), a mediana (Md) e restantes quartis (P_{25} e P_{75}) para os dados quantitativos. Para os dados categóricos foram calculadas as frequências e percentagens.

Para a análise univariada dos *scores* da autoestima, QV e domínios da QV sob efeito do tipo de AVC, recorreu-se a uma análise de variância (ANOVA) ou ao teste de Kruskal-Wallis, quando o primeiro não se mostrou adequado devido à violação do pressuposto da normalidade, avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ou Shapiro-Wilk. Se foi violado o pressuposto da homogeneidade das variâncias, avaliada pelo teste de Levene, mas não da normalidade, recorreu-se ao teste robusto de Welch. Devido ao facto de somente terem resultado significâncias estatísticas do teste de Kruskal-Wallis, para a comparação aos pares recorreu-se ao teste de Dunn com correção de Bonferroni.

Recorreu-se a uma MANCOVA (análise de covariância multivariada) para a análise dos *scores* da autoestima e QV sob o efeito do tipo de sequelas e género e controlando-se o efeito da idade. Para a dimensão de efeito recorreu-se ao eta quadrado parcial (η^2 parcial). Nenhum pressuposto desta análise paramétrica foi violado. Em particular, não foi violado o pressuposto da homogeneidade das matrizes de covariâncias, avaliado pelo teste M de Box, e homogeneidade dos declives, avaliada pela interação entre a idade e cada um dos fatores (tipo de sequelas e género). Quando necessário, as comparações aos pares foram efetuadas com o teste LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher com correção de Sidak.

Foi obtido um modelo de regressão linear múltipla com o objetivo de se prever o *score* da QV. Para tal, utilizou-se o método de seleção de variáveis *stepwise*, tendo-se adotado os níveis de significância de 5% e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável do modelo, respetivamente. Utilizou-se como potenciais variáveis explicativas o *score* da autoestima, variáveis sociodemográficas, fatores de risco e interações entre

algumas delas. Nenhum pressuposto do modelo obtido foi violado. Em particular, a não autocorrelação dos resíduos foi avaliada pela estatística de Durbin-Watson, a heteroscedasticidade com o teste de Breusch-Pagan e a normalidade do erro com o teste de Kolmogorov-Smirnov. A qualidade do modelo foi avaliada pelo coeficiente de determinação ajustado (r^2 ajustado) e nenhuma observação influenciou significativamente a estimação do modelo (distância de Cook máxima=.067).

Sempre que foi necessário avaliar associações entre variáveis categóricas recorreu-se ao teste (de independência) do qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher-Freeman-Halton, quanto a aplicação do primeiro não se mostrou adequada (mais de 20% de frequências esperadas inferiores a 5 ou alguma inferior a 1).

Todas as análises estatísticas foram efetuadas com o programa estatísticos IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 28.0.1. Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

2. Resultados

Caracterização Sociodemográfica

Com o objetivo de compreender o comportamento geral de cada instrumento na amostra em estudo, foram realizados cálculos de várias medidas estatísticas.

Relativamente ao EQVE-AVC, obteve-se uma média de 154.65 com um desvio padrão de 47.16. Foi possível observar também que os domínios que obtiveram uma média mais baixa foram os domínios Energia ($M= 7.35$; $DP=4.35$) e Trabalho/Produtividade ($M=7.92$; $DP=4.61$), enquanto os domínios Linguagem ($M= 17.61$; $DP=7.24$) e Autocuidados ($M= 17.98$; $DP=7.05$) apresentaram médias superiores. Quanto ao EAR, obteve-se uma média de 29.45 com um desvio padrão de 5.55 (Tabela 6).

Tal como descrito na tabela 5, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e as habilitações literárias ($p=.002$), observando-se uma percentagem maior de AIT em indivíduos com habilitações literárias mais altas (38.5%), enquanto no caso do AVC isquémico e hemorrágico as percentagens mais altas verificaram-se para indivíduos com habilitações literárias mais baixas (66.3% e 60.0% respetivamente). Verificaram-se também associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e as sequelas ($p<.001$), i.e., a maior parte dos indivíduos com ausência de sequelas (76.9%) tiveram AIT, ao passo que há uma maior percentagem de indivíduos a apresentar mais sequelas – nomeadamente motoras - entre aqueles que

sofreram AVC isquémico (80.0%) ou hemorrágico (86.7%). Por último, verificaram-se associações com significância estatística no que respeita ao tipo de AVC e a duração da hospitalização. Indivíduos com AIT apresentam maioritariamente uma hospitalização com duração entre 1 a 5 dias (46.2%; $p = .006$). Sujeitos com tipo de AVC isquémico apresentam maioritariamente uma hospitalização com duração entre 1 a 5 dias (32.5%) e entre 5 a 10 dias (32.5%). Quanto o tipo de AVC hemorrágico, a maior parte dos indivíduos apresentou uma hospitalização com duração superior a 10 dias (46.7%). Importa notar que não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e variáveis como o género, idade e estado civil.

Tabela 5*Caracterização sociodemográfica da amostra e efeito ou associação do tipo de AVC*

Variável	Total n=108	Tipo de AVC			Estatística ^a	p
		Isquémico n=80	Hemorrágico n=15	AIT n=13		
Género, n(%)					2.575	.276 ¹
Masculino	60 (55.6)	48 (60.0)	6 (40.0)	6 (46.2)		
Feminino	48 (44.4)	32 (40.0)	9 (60.0)	7 (53.8)		
Idade (anos)					.074	.964 ²
M (DP)	68.36 (13.02)	68.26 (13.17)	68.33 (12.42)	69.00 (13.81)		
Md (P25, P75)	71 (58.5, 79.5)	71 (59.5, 79.5)	65 (58, 77.5)	69 (62, 80)		
(Mín., Máx)	(33, 88)	(33, 88)	(49, 87)	(42, 86)		
Habilitações literárias					17.902	.002 ³
≤ 4 anos	67 (62.0)	53 (66.3)	9 (60.0)	5 (38.5)		
5-9 anos	20 (18.5)	15 (18.8)	5 (33.3)	0 (0.0)		
10-12 anos	11 (10.2)	8 (10.0)	0 (0.0)	3 (23.1)		
Ensino Superior	10 (9.3)	4 (5.0)	1 (6.7)	5 (38.5)		
Estado Civil					3.948	.680 ³
Solteiro/a	10 (9.3)	7 (8.8)	1 (6.7)	2 (15.4)		
Casado/União de facto	71 (65.7)	55 (68.8)	10 (66.7)	6 (46.2)		
Divorciado/a	11 (10.2)	7 (8.8)	2 (13.3)	2 (15.4)		
Viúvo/a	16 (14.8)	11 (13.8)	2 (13.3)	3 (23.1)		
Sequelas					17.102	<.001 ³
Não	28 (25.9)	16 (20.0)	2 (13.3)	10 (76.9)		
Sim	80 (74.1)	64 (80.0)	13 (86.7)	3 (23.1)		
Tipo de sequelas					21.801	.004 ³
Nenhuma	28 (25.9)	16 (20.0)	2 (13.3)	10 (76.9)		
Fala/linguagem	11 (10.2)	11 (13.8)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Motoras	37 (34.3)	29 (36.3)	7 (46.7)	1 (7.7)		
Cognitivas	6 (5.6)	4 (5.0)	2 (13.3)	0 (0.0)		
Visão	9 (8.3)	8 (10.0)	0 (0.0)	1 (7.7)		
Outras	17 (15.7)	12 (15.0)	4 (26.7)	1 (7.7)		

Qualidade de Vida e Autoestima em sobreviventes de AVC

Hospitalização					16.481	.006 ³
Não	7 (6.5)	3 (3.8)	0 (0.0)	4 (30.8)		
Sim, 1-5 dias	35 (32.4)	26 (32.5)	3 (20.0)	6 (46.2)		
Sim, 5-10 dias	34 (31.5)	26 (32.5)	5 (33.3)	3 (23.1)		
Sim, >10 dias	32 (29.6)	25 (31.3)	7 (46.7)	0 (0.0)		

^a Estatística = χ^2 , H ou F; ¹ Teste de independência do qui-quadrado; ² Teste de Kruskal-Wallis; ³ Teste exato de Fisher-Freeman-Halton

Análises Comparativas da QV e Autoestima entre os tipos de AVC

A Tabela 6 apresenta as estatísticas descritivas para os instrumentos EAR, EQVE-AVC e os seus domínios, tendo em conta a variável tipo de AVC, e os resultados das análises inferenciais das mesmas. No que concerne às diferenças entre o tipo de AVC relativamente à pontuação total no instrumento EQVE-AVC, os dados apontaram para a existência de uma diferença significativa ($p=.044$), na qual o tipo AIT apresenta um nível de QV mais alta ($Md=188$) e no tipo de AVC hemorrágico um nível de QV mais baixa ($Md=127$), onde a diferença entre os níveis da QV destes dois grupos se mostrou estatisticamente significativa ($p=.046$). Quanto aos domínios da EQVE-AVC, verificaram-se também diferenças consoante o tipo de AVC nos domínios mobilidade ($p=.017$), autocuidados ($p=.013$), função do membro superior ($p=.004$) e trabalho/produtividade ($p=.029$).

Tabela 6

Efeito do tipo de AVC na autoestima, qualidade de vida e domínios da qualidade de vida

Variável	Total n=108	Tipo de AVC			Estatística ^a	p
		Isquémico n=80	Hemorrágico n=15	AIT n=13		
Autoestima					.172	.842 ¹
M (DP)	29.45 (5.55)	29.63 (5.37)	28.73 (6.04)	29.23 (6.41)		
Md (P25, P75)	30 (25.5, 33)	30 (25.5, 33)	28 (25, 33)	30 (26, 33)		
(Mín., Máx)	(14, 40)	(18,40)	(16, 40)	(14, 40)		
Qualidade de Vida					6.267	.044 ²
M (DP)	154.65 (47.16)	153.10 (46.91)	140.53 (47.01)	180.46 (42.19)		
Md (P25, P75)	148 (118, 195.5)	147.5 (115.5, 193.5)	127 (115, 158.5) ^a	188 (148, 158.5) ^a		
(Mín., Máx)	(60, 245)	(60, 243)	(75, 236)	(100, 245)		
Energia					4.146	.126 ²
M (DP)	7.35 (4.35)	7.29 (4.27)	6 (3.91)	9.31 (4.97)		
Md (P25, P75)	6 (3, 10.75)	6 (3, 10.75)	4 (3, 9)	8 (5, 15)		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)		
Papel Familiar					1.040	.594 ²
M (DP)	9.32 (3.64)	9.14 (3.61)	9.47 (4.19)	10.23 (3.27)		

Qualidade de Vida e Autoestima em sobreviventes de AVC

Md (P25, P75)	9 (7, 12)	9 (7, 12)	8 (7, 14)	8 (8, 14)		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)	(6, 15)		
Linguagem					.421	.810 ²
M (DP)	17.61 (7.24)	17.35 (7.31)	18.6 (6.85)	18.08 (7.68)		
Md (P25, P75)	19.5 (10, 25)	18 (10, 25)	21 (12, 25)	21 (11, 25)		
(Mín., Máx)	(5, 25)	(5, 25)	(8, 25)	(5, 25)		
Mobilidade					8.136	.017 ²
M (DP)	16.19 (8.69)	16.38 (8.62)	11.6 (8.62)	20.31 (8.05)		
Md (P25, P75)	14 (7, 24)	14.5 (7.5, 24)	14.5 (6, 12.5) ^b	23 (13, 24) ^b		
(Mín., Máx)	(6, 30)	(6, 30)	(6, 27)	(7, 30)		
Disposição					.462	.794 ²
M (DP)	16.79 (6.29)	16.58 (6.25)	17 (7.15)	17.85 (5.84)		
Md (P25, P75)	18 (11.5, 22)	18 (11.5, 22)	17 (11, 23.5)	19 (16, 22)		
(Mín., Máx)	(5, 25)	(5, 25)	(5, 25)	(7, 25)		
Personalidade					3.980	.137 ²
M (DP)	9.82 (4.52)	9.36 (4.65)	10.47 (3.91)	11.92 (3.84)		
Md (P25, P75)	11 (6, 15)	10.5 (5, 15)	11 (7.5, 14)	14 (10, 15)		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(4, 15)	(4, 15)		
Autocuidados					8.687	.013 ²
M (DP)	17.98 (7.05)	18.13 (6.92)	14.13 (7.17)	21.54 (5.95)		
Md (P25, P75)	21 (12, 25)	20.5 (12.5, 20.5)	13 (8, 13) ^c	24 (22, 24) ^c		
(Mín., Máx)	(5, 25)	(5, 25)	(5, 25)	(7, 25)		
Papel Social					1.509	.470 ²
M (DP)	13.32 (6.51)	12.94 (6.55)	13.6 (6.17)	15.31 (6.74)		
Md (P25, P75)	11.5 (8, 19)	11 (6.5, 18)	13 (10, 16.5)	16 (10, 21)		
(Mín., Máx)	(5, 25)	(5, 25)	(5, 25)	(5, 25)		
Capacidade Mental					0.747	.688 ²
M (DP)	9.13 (4.22)	9.06 (4.06)	8.53 (4.31)	10.23 (5.2)		
Md (P25, P75)	9 (6, 14)	8.5 (6, 13)	7 (5, 11)	12 (6, 15)		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)		
Função do Membro					11.137	.004 ²
Superior						
M (DP)	16,82 (6.96)	16.8 (6.91)	12.73 (6.51)	21.62 (4.72)		
Md (P25, P75)	18 (10, 24. 5)	18 (11, 24)	12 (8.5, 15.5) ^d	24 (20, 25) ^d		
(Mín., Máx)	(5, 25)	(5, 25)	(5, 25)	(9, 25)		
Visão					0.756	.685 ²
M (DP)	12.42 (3.62)	12.34 (3.80)	12.33 (3.44)	13.23 (2.65)		
Md (P25, P75)	13.11 (11, 15)	15 (11.5, 15)	13 (11, 15)	15 (12, 15)		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(4, 15)	(8, 15)		
Trabalho/Produtividade					7.073	.029 ²
M (DP)	7.92 (4.61)	7.75 (4.52)	6.27 (3.99)	10.85 (4.83)		
Md (P25, P75)	6 (3, 12)	6 (3, 12)	4 (3, 9.5) ^e	12 (6, 15) ^e		
(Mín., Máx)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)	(3, 15)		

^a Estatística = χ^2 , H ou F; ¹ ANOVA; ² Teste de Kruskal-Wallis; ³ Teste robusto de Welch; Diferenças estatisticamente significativas: ^a $p=.046$; ^b $p=.015$; ^c $p=.010$; ^d $p=.003$; ^e $p=.028$

Análise da associação entre a variável fatores de risco e o tipo de AVC

Tal como descrito na tabela 7, não foram encontradas associações significativas entre os fatores de risco e o tipo de AVC. Somente a associação entre o diagnóstico de diabetes e o tipo de AVC foi marginalmente significativa ($p=.065$).

Tabela 7*Associações entre os fatores de risco e o tipo de AVC*

Variável	Total n=108	Tipo de AVC			Estatística ^a	p
		Isquêmico n=80	Hemorragico n=15	AIT n=13		
Hipertensão					.413	.886 ²
Não	33 (30.6)	25 (31.3)	5 (33.3)	3 (23.1)		
Sim	75 (69.4)	55 (68.8)	10 (66.7)	10 (76.9)		
Diabetes					5.137	.065 ²
Não	89 (82.4)	62 (77.5)	15 (100)	12 (92.3)		
Sim	19 (17.6)	18 (22.5)	0 (0.0)	1 (0.9)		
Colesterol					4.159	.125 ¹
Não	54 (50)	38 (47.5)	11 (73.3)	5 (38.5)		
Sim	54 (50)	42 (52.5)	4 (26.7)	8 (61.5)		
Arritmia Cardíaca					1.092	.627 ²
Não	80 (74.1)	57 (71.3)	12 (80.0)	11 (84.6)		
Sim	28 (25.9)	23 (28.7)	3 (20.0)	2 (15.4)		
Doença Cardíaca					.804	.690 ²
Não	84 (77.8)	63 (78.8)	12 (80.0)	9 (69.2)		
Sim	24 (22.2)	17 (21.3)	3 (20.0)	4 (30.8)		
Consumo de álcool					.148	1.000 ²
Não	77 (71.3)	57 (71.3)	11 (73.3)	9 (69.2)		
Sim	31 (28.7)	23 (28.7)	4 (26.7)	4 (30.8)		
Excesso de peso					2.431	.297 ¹
Não	68 (63.0)	49 (61.3)	12 (80.0)	7 (53.8)		
Sim	40 (37)	31 (38.8)	3 (20.0)	6 (46.2)		
Prática de exercício físico					.795	.698 ²
Não	90 (83.3)	66 (82.5)	12 (80.0)	12 (92.3)		
Sim	18 (16.7)	14 (17.5)	3 (20.0)	1 (7.7)		

^a Estatística = χ^2 ; ¹ Teste de independência do qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher-Freeman-Halton

Análise multivariada da QV e da autoestima sob efeito da idade, género, tipo de sequelas e a interação género-tipo de sequelas

Verificou-se que a idade não influenciou significativamente a autoestima ($p=.097$) nem a QV ($p=.169$). No entanto, o género influenciou significativamente a autoestima ($p=.029$) e a QV ($p=.012$), observando-se médias superiores dos *scores* de autoestima e QV nos homens, sendo a diferença das médias na ordem dos 2.846 pontos na autoestima e de 25.713 pontos na QV. Já o tipo de sequelas mostrou uma influência significativa apenas na QV ($p<.001$), mais especificamente quando os indivíduos não apresentaram sequelas por comparação com os indivíduos que apresentaram sequelas motoras ($p=.001$), sendo a diferença entre as médias do *score* da QV na ordem dos 43.5 pontos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género e tipo de sequelas na autoestima ou na QV (Tabela 8).

Tabela 8

Efeitos do tipo de sequelas e género nos scores autoestima e qualidade de vida, controlando-se a idade - MANCOVA

Efeito	Variável	Estatística	<i>p</i>	η^2 parcial (%)
Idade	Autoestima	F(1,107)=2.808	.097	2.9
	Qualidade de vida	F(1,107)=1.923	.169	2.0
Género	Autoestima	F(1,107)=4.924	.029 ¹	4.9
	Qualidade de vida	F(1,107)=6.588	.012 ²	6.5
Tipo de sequelas	Autoestima	F(5,107)=1.824	.115	8.8
	Qualidade de vida	F(5,107)=4.589	<.001 ³	19.5
Interação	Autoestima	F(5,107)=0.123	.987	0.6
Género- Tipo de sequelas	Qualidade de vida	F(5,107)=1.105	.363	5.5

Análise Multivariada (estatística “maior raiz de Roy”): Idade, $p=0.212$, η^2 parcial=3.3%; Género, $p=.026$, η^2 parcial=7.5%; Tipo de sequelas, $p<0.001$, η^2 parcial=19.5%; Interação género-tipo de sequelas, $p=.293$, η^2 parcial=6.2%; ¹ Diferença de médias masculino-feminino=2.846; ² Diferença de médias masculino-feminino=25.713; ³Diferenças significativas entre médias dos *scores* da qualidade de vida: Nenhuma-Motoras=43.520, $p=.001$; Nenhuma-Outras=47.020, $p=.006$. r^2 para a autoestima = 19.8%; r^2 ajustado para a autoestima = 9.7%; r^2 para a qualidade de vida = 32.3%; r^2 ajustado para a qualidade de vida 23.7%

Modelo de regressão linear - variáveis que se mostraram estatisticamente significativas na predição da QV

A autoestima mostrou-se significativamente correlacionada com a QV, sendo o valor do coeficiente de correlação igual a .592 ($p<.001$), estimando-se em média um aumento de 4 pontos no *score* da QV com o aumento de 1 ponto no *score* da autoestima. As sequelas motoras mostraram-se negativamente correlacionadas com a QV, embora fracamente ($r=-.245$, $p=.016$). Estimou-se uma diminuição média de quase 17 pontos no *score* da QV na presença de sequelas motoras. O género também se

mostrou fracamente correlacionado com a QV ($r=.281, p<.001$), tendo-se estimado um aumento médio de 26 pontos no *score* da QV dos homens. Embora, em geral, a QV nos homens seja melhor, no caso particular do género masculino com uma hospitalização superior a 10 dias, obteve-se uma correlação negativa significativa ($r=-.270, p<.001$), embora fraca, estimando-se uma diminuição média de 40 pontos no *score* da QV. Relativamente ao tipo de AVC, este mostrou-se também correlacionado com a QV, sendo esta correlação positiva fraca, mas significativa ($r=.203, p=.049$), tendo-se estimado um aumento médio de 20 pontos no *score* da QV para o tipo AIT.

Tabela 9

Modelo de regressão linear preditivo do score da qualidade de vida

Variável	Coefficiente	Coefficiente Estandarizado	t(102)	p	Correlação ordem zero	Correlação por partes
Autoestima	4.247	.500	6.951	<.001	0.592	.470
Sequelas motoras	-16.918	-0.171	-2.460	.016	-.245	-.166
Género Masculino	26.530	.281	3.557	<.001	.281	.241
Interação entre género masculino e hospitalização >10 dias	-40.392	-.328	-4.269	<.001	-.270	-.289
Tipo de AVC AIT	20.070	.139	1.989	.049	.203	.135

Constante=25.308 (t(102)=1.420, $p=0.159$); $r=.730$; r^2 ajustado=51.0%; estatística de Durbin-Watson=2.147; distância de Cook máxima=.067; teste de normalidade do erro estandarizado (teste de Kolmogorov-Smirnov): $p=.992$; Heterocedasticidade (teste de Breusch-Pagan): $p=.706$

3. Discussão

No presente estudo, dos indivíduos que constituem a amostra, verificou-se que a maioria pertence ao género masculino (55.6%) e a média das idades é de 68.36 anos. Estas características estão em conformidade com as verificadas em outros estudos (e.g. Pinzon & Buwana, 2018; Roy-O'Reilly & McCullough, 2018). Neste sentido, podemos aferir que a idade é um fator de risco para a ocorrência de AVC, uma vez que a incidência desse evento aumenta progressivamente com o envelhecimento (ASA, 2021). Além disso, observa-se em alguns estudos uma prevalência mais elevada de AVC em homens, especialmente na faixa etária intermediária (Silva et al., 2016), conforme evidenciado no nosso estudo. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de uma

maior prevalência de fatores de risco ser observada em homens como hipertensão (Serafim et al., 2019), fumar, excesso de peso ou obesidade, consumo de álcool (INE, 2019) e diabetes (SPD, 2019).

Constatou-se, também, a existência de associações significativas entre o tipo de AVC e outras variáveis estudadas como, habilitações literárias, duração da hospitalização e presença de sequelas. Em particular, houve associações entre o tipo de AVC e as habilitações literárias, com uma maior percentagem de AVCI e AVCH em indivíduos com níveis educacionais mais baixos. Estes dados são congruentes com um estudo de Jackson e colaboradores (2018), no qual foi encontrada uma associação entre níveis de escolaridade mais baixos e o aumento do risco de AVC. A associação entre escolaridade mais baixa e um maior risco de AVC, seja isquémico ou hemorrágico, é multifacetada e pode ser explicada por uma série de fatores inter-relacionados como a existência de menor conhecimento sobre medidas preventivas e fatores de risco, acesso a cuidados de saúde, consciência e educação em saúde (Raghupathi & Raghupathi, 2020) e reconhecimento da importância de medidas preventivas (Buková et al., 2021). Quanto à existência de sequelas e a duração da hospitalização, verificou-se que a maior percentagem de indivíduos com ausência de sequelas e com hospitalizações mais curtas ocorreu entre os que sofreram AIT, enquanto entre os indivíduos que apresentaram mais sequelas e hospitalizações mais longas encontram-se os sujeitos que sofreram AVCI ou AVCH. De acordo com a literatura, estes dados são expectáveis, uma vez que o AIT é um tipo de AVC que envolve obstruções temporárias e breves, frequentemente sem danos significativos (ASA, 2020c). Desta forma, as sequelas são pouco evidenciadas e a taxa de recuperação é maior. Em contrapartida, no AVCI e AVCH, há uma interrupção significativa ou dano ao suprimento de sangue para o cérebro, podendo resultar em danos nas células cerebrais, levando a déficits neurológicos permanentes e problemas funcionais (ASA, 2020a; ASA, 2022a). Desta forma, existe uma maior probabilidade de desenvolver sequelas aumentando, conseqüentemente, o tempo de hospitalização.

Quanto à QV, a média obtida no EQVE-AVC foi de 154.65, com um desvio padrão de 47.16. Isso sugere que a percepção da QV na amostra estudada varia consideravelmente, com uma distribuição relativamente ampla. Os domínios Energia e Trabalho/Produtividade foram os que obtiveram médias mais baixas, sendo que, em alguns estudos, ambos os domínios Energia e Trabalho/Produtividade, também foram dos domínios mais afetados (e.g. Ramos-Lima et. al., 2018; Cavalcante et. al., 2020). Desta forma, destaca-se a importância destas áreas serem consideradas no processo de reabilitação pós-AVC, uma vez que, envolvem a percepção dos pacientes quanto à sua disposição, vitalidade e vigor tal como a capacidade de realizar atividades relacionadas

ao trabalho ou à produtividade, influenciando a QV e bem-estar geral dos pacientes. Por outro lado, os domínios Linguagem e Autocuidados apresentaram médias superiores, sugerindo um melhor funcionamento nessas áreas.

Relativamente ao tipo de AVC, este parece desempenhar um papel na percepção da QV. Indivíduos que sofreram um AIT relataram uma QV mais alta, enquanto aqueles com AVCH apresentaram uma QV mais baixa. Também foram observadas diferenças significativas nos domínios específicos do instrumento EQVE-AVC com base no tipo de AVC, sugerindo que diferentes tipos de AVC podem afetar de forma distinta áreas específicas da QV dos sobreviventes. Os domínios Mobilidade, Autocuidados, Função do Membro Superior e Trabalho/Produtividade foram áreas maioritariamente afetadas aquando da ocorrência de um AVCH. Congruente com um estudo de Lourenço et al. (2021), foi encontrada uma associação entre o tipo de AVC e a QV, indicando que pessoas que sofreram de um AVCH apresentam menor QV em comparação com pessoas que sofreram um AVCI. Como o AVCH muitas vezes é mais mortal do que o AVCI, a explicação poderá estar relacionada com a própria fisiopatologia do AVC, que pode resultar no surgimento de mais sequelas e de maior gravidade, maior dependência funcional e disfunção, tal como numa recuperação menos eficaz dos déficits, contribuindo assim para uma percepção de menor QV (Unnithan et al., 2023). Quanto às sequelas, foi observado que o tipo de sequelas motoras está associado a menor QV. A literatura sugere que a capacidade funcional é um dos principais determinantes da QV após AVC, uma vez que influencia as dimensões físicas e mentais que sustentam a autonomia e a independência (Ramos-Lima et al., 2018). Assim, os resultados foram congruentes com um estudo de Silva e colaboradores (2021), no qual o comprometimento motor teve um impacto negativo na QV dos indivíduos com diagnóstico de AVC. Esse tipo de sequelas habitualmente envolve consequências ao nível da mobilidade, resultando em limitações na interação social, alterações na rotina, e provocando mudanças ao nível emocional devido à sensação de perda e consequente redução da autoestima. Todos estes aspetos ajudam a justificar a correlação estatística com níveis mais baixos de QV (Caro et al., 2018). Além disto, importa salientar que estes resultados reforçam a necessidade de abordagens de reabilitação específicas para mitigar o impacto negativo das sequelas motoras na QV dos sobreviventes de AVC e destacam a importância de considerar as diferentes implicações das sequelas pós-AVC e a necessidade de estratégias de reabilitação personalizadas.

Quanto às variáveis género e idade não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC. Isso sugere que, dentro da amostra estudada, esses fatores não estão diretamente relacionados ao tipo de AVC que os indivíduos experimentaram. Este aspeto pode ter sido resultado de uma amostra

reduzida e de se ter encontrado alguma homogeneidade entre géneros nos diferentes tipos de AVC. Ou seja, no AVCI, 40% eram do género masculino e 60% do feminino, no AVCH, 60% eram do género feminino e 40% do masculino e, no AIT, 53,85% eram do género feminino e 46,15% do género masculino. No entanto, noutros estudos foram encontradas associações significativas para o género, indicando uma prevalência maior de AVCI nas mulheres (Feigin et al., 2022) e uma maior prevalência de AVCH nos homens (Rexrode et al., 2022), podendo estar associado a fatores hormonais, biológicos, comportamentais e até mesmo diferenças na idade média em que esses eventos ocorrem (Vyas et al., 2021). Quanto à idade, essas associações podem não ter sido encontradas devido à discrepância entre a existência dos diferentes tipos de AVC, pois verificou-se uma prevalência de AVCI de 74,1%. Desta forma, pode ter limitado a capacidade de detetar associações significativas com a idade, uma vez que esta pode estar relacionada às características ou à própria fisiopatologia do AVC. Já num estudo de Feigin et al. (2022), foi encontrado que, idades compreendidas entre os 15 e 49 anos, obtiveram 19% e 35% na prevalência de AVCI e AVCH respetivamente. E, pessoas com menos de 70 anos, a prevalência de AVCI rondou os 60% e, no AVCH, os 85%. Também não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e o estado civil. Estes resultados podem estar relacionados, uma vez mais, com as características da amostra, uma vez que apresenta uma percentagem elevada de indivíduos casados ou em união de facto (65.7%), e uma pequena percentagem de indivíduos viúvos (14.8%) ou divorciados (10.2%). No entanto, algumas pesquisas demonstram que pessoas que passaram por transições matrimoniais apresentaram maior risco de desenvolver AVCH em comparação com aqueles que permaneceram continuamente casados (Honjo et al., 2016).

Relativamente aos fatores de risco considerados e o tipo de AVC, os resultados não revelaram associações significativas entre a maioria desses fatores. Foi encontrada apenas uma significância marginal entre diagnóstico de diabetes e o tipo de AVC. Na amostra, entre os indivíduos que apresentavam diagnóstico de diabetes, em 94,7% dos casos encontravam-se aqueles que sofreram de AVCI. Num outro estudo, foi igualmente encontrada uma maior prevalência de diagnóstico de diabetes no AVCI em comparação com o AVCH (Lau et al., 2019). Apesar de os restantes fatores como a hipertensão, colesterol, doença cardíaca, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo e arritmia cardíaca estarem associados à ocorrência de AVC (OMS, 2006), nesta amostra não se verificou uma influência estatisticamente significativa na determinação do tipo de AVC que os indivíduos sofreram. Esses resultados parecem estar associados com o facto da prevalência desses fatores se encontrar entre 82,1% e 70.8% nos indivíduos que sofreram de AVCI, demonstrando uma relativa

homogeneidade da presença dos fatores de risco com os diferentes tipos de AVC em comparação a presença de diabetes. Essa observação sugere que, outros fatores não incluídos nesta análise, podem estar a desempenhar um papel mais proeminente na etiologia dos diferentes tipos de AVC. Estudos mais amplos, com amostras maiores e uma gama mais abrangente de variáveis, podem fornecer *insights* adicionais sobre a complexa interação entre fatores de risco e tipos de AVC.

Quanto à autoestima, no EAR obteve-se uma média de 29.45 com um desvio padrão de 5.55, observando-se uma média da autoestima satisfatória na amostra, uma vez que a pontuação máxima é de 40 pontos e valores mais altos indicam maiores níveis de autoestima. Foi também observada uma correlação significativa e positiva entre a autoestima e a QV, destacando a importância da autoestima na percepção geral da QV em sobreviventes de AVC. Esta correlação foi evidenciada em vários estudos (e.g. Hemati & Kiani, 2016; Kazemi et al., 2017; Mikkelsen et. al, 2020), sugerindo que para uma QV satisfatória, é essencial que a autoestima permaneça equilibrada (Monteiro & Guimarães, 2019). Isso enfatiza a relevância de intervenções que visam melhorar a autoestima como parte integrante do processo de reabilitação pós-AVC, potencialmente conduzindo a uma melhor QV.

Os resultados revelam que a idade não teve uma influência significativa na autoestima ou na QV dos sobreviventes de AVC. Isso sugere que, dentro da amostra estudada, a autoestima e a QV não parecem ter variado de forma notável com o envelhecimento. No entanto, num outro estudo, observou-se que a idade avançada contribuiu para a diminuição da QV numa amostra de participantes que sofreram de AVC (Bártlová et. al., 2022). Quanto à autoestima, não foi encontrada na literatura estudos sobre a relação entre a influência da idade na autoestima em sobreviventes de AVC. Embora vários estudos comprovem que a doença crónica apresenta um grande impacto na autoestima (e.g. Ghodusi et al., 2016; Hemati & Kiani, 2016; Hill, 2017; Pompeo et al., 2017), isso pode ser justificado pela complexidade desse construto ser maioritariamente associada ao sofrimento psicológico (Lapadatu & Morris, 2019) e ser variável ao longo dos diferentes períodos de vida (Orth et al., 2018). Já o género emergiu como um fator significativo que afetou tanto a autoestima quanto a QV. Os resultados indicam que os homens apresentaram níveis significativamente mais altos de autoestima e QV em comparação com as mulheres. Estes dados são congruentes com a literatura, uma vez que, existe uma tendência para que os homens tenham níveis de autoestima mais altos que as mulheres. Essa diferença pode sugerir que homens e mulheres podem enfrentar o processo de recuperação pós-AVC de maneiras distintas, dado que as mulheres tendem a dar mais importância à forma como os outros as veem, os homens dão mais importância à comparação com os outros (Casale, 2020). Quanto à

QV, o mesmo acontece num estudo de Phan e colaboradores (2019), no qual as mulheres exibiram consistentemente pior QV após o AVC do que os homens. No entanto, é importante notar que a correlação é fraca, sugerindo que o género é apenas um dos vários fatores que contribuem para a QV. Além disso, observou-se que, na situação específica de pertencer ao género masculino com hospitalização superior a 10 dias, houve uma correlação negativa significativa com a QV. Este resultado pode ser explicado pelo próprio tempo de hospitalização, que é indicador da gravidade da doença, prevendo-se maiores dificuldades e sequelas que exigem maior período de hospitalização. Em consequência, pacientes hospitalizados podem ser suscetíveis a complicações adicionais relacionadas à causa da hospitalização, incluindo diminuição da mobilidade, que pode resultar em comprometimento motor, levando a uma redução da autonomia e QV (Miranda et al., 2019). Uma vez que o tempo de hospitalização foi observado como um preditor da QV, ou seja, maior tempo de hospitalização conduz à perceção de menores níveis de QV, esses dados podem ser explicados pelo facto de amostra deste estudo ter uma percentagem mais alta de homens com hospitalização superior a 10 dias. No entanto, para uma compreensão mais completa dessas correlações, pode ser útil conduzir análises adicionais, considerando outros fatores potencialmente relevantes, como apoio social, saúde mental e características clínicas específicas dos pacientes. Foi ainda analisado o efeito interação género e o tipo de sequelas na autoestima ou na QV, no entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Isso sugere que, embora o género e as sequelas individuais tenham impacto, por si só, não há uma interação significativa entre esses dois fatores. No entanto, essa observação deve ser interpretada com cautela, pois poderão haver fatores que não foram avaliados e que influenciem essas relações.

3.1. Limitações e contributos

O presente estudo evidencia algumas limitações que surgiram durante o seu desenvolvimento. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra utilizada, recolhida em apenas duas instituições, impediu a generalização dos resultados a outros indivíduos. Outra limitação encontrada foi a escassez de literatura existente, sobretudo, na relação entre a autoestima e a ocorrência de AVC. Durante a revisão da literatura, observou-se uma ampla gama de informação sobre o AVC e a autoestima, abordados de forma independente. No entanto, foi escasso o número de artigos encontrados que estabeleçam uma relação entre essas duas variáveis.

A forma como se procedeu a recolha de dados também apresenta limitações. Uma vez que foram usados questionários de autorresposta, os resultados poderão ter

sido influenciados pela desejabilidade social. Os pacientes eram maioritariamente acompanhados por familiares sendo que, por vezes, auxiliavam na resposta às questões, o que pode ter contribuído para influenciar a resposta do paciente. Em adição, o facto de a maioria dos pacientes apresentar sequelas decorrentes do AVC, levou à aplicação dos questionários em formato de entrevista. Além disso, a média de idades dos participantes rondou os 68 anos e a maioria dos indivíduos tinha habilitações literárias até ao 4º ano de escolaridade, o que pode ter tido implicações na compreensão das perguntas, contribuindo para o enviesamento dos resultados.

É fundamental reconhecer essas limitações ao interpretar os resultados deste estudo, lembrando que elas podem influenciar a validade e a generalização das conclusões. Além disso, enfatizam a necessidade de considerar abordagens complementares e estudos futuros para fornecer uma compreensão mais abrangente do fenómeno investigado.

Contudo, consideramos que o estudo contribui com importantes implicações práticas, contribuindo significativamente para o campo da saúde e da psicologia. O estudo aprofunda a nossa compreensão da QV e autoestima após um AVC e identifica fatores de risco e proteção que interferem no bem-estar desses pacientes. Isso fornece informações importantes para profissionais de saúde, permitindo que adaptem tratamentos e intervenções às necessidades específicas dos pacientes. Além disso, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de desenvolvimento de programas de apoio psicológico personalizados, melhorando o ajuste emocional e psicológico dos sobreviventes de AVC. Também contribui para a conscientização pública sobre os desafios enfrentados por esses pacientes, ajudando a reduzir o estigma associado a quem sofre desta condição clínica.

3.2. Recomendações

Em investigações futuras, é essencial que os estudos abranjam uma amostra maior e diversificada de sobreviventes de AVC, levando em consideração diversos fatores como etnia, suporte social, doenças psicopatológicas entre outras, permitindo uma compreensão mais abrangente das experiências individuais de QV e autoestima. Além disso, pesquisas longitudinais que acompanhem os sobreviventes de AVC ao longo do tempo podem revelar tendências e fatores de risco a longo prazo, sendo fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes. Recomenda-se também que futuras investigações utilizem instrumentos adicionais, com o intuito de aumentar a confiabilidade da análise dos dados estatísticos.

Conclusão

Este estudo pretende ser mais um contributo para aumentar a compreensão dos níveis de QV e autoestima nos sobreviventes de AVC. A análise dos resultados permitiu confirmar a existência de uma relação entre os níveis de QV e autoestima nesta população, bem como a influencia do tipo de AVC, tipo de sequelas e género na QV, assim como do género na autoestima. Foi observada também uma associação entre as habilitações literárias, presença e tipo de sequelas, tempo de hospitalização e diagnóstico de diabetes com o tipo de AVC. Esses resultados salientam a complexidade da experiência pós-AVC, contribuindo para uma maior compreensão dos desafios enfrentados pelos sobreviventes de AVC, e destacando a necessidade de pesquisas contínuas e intervenções personalizadas para atender às necessidades individuais desses pacientes. O caminho para melhorar a QV e a autoestima em sobreviventes de AVC é multifacetado e requer uma abordagem holística que envolva profissionais de saúde, familiares e os próprios pacientes.

Referências

- Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the psychology of self-esteem. In F. Holloway (Ed.), *Self-esteem: perspectives, influences, and improvement strategies* (pp. 1-23). Nova Science Publisher.
- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., ... & Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(17-18), 2357-2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais* (5th ed.). Climepsi.
- American Stroke Association [ASA]. (2015a). *Let`s talk about complications after stroke*. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/LTAS_Complications-After-Stroke.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2015b). *Let`s talk about emotional changes after stroke*. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/LTAS_Emotional-Changes-After-Stroke.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2019). *Let`s talk about Stroke and Vision Changes*. <https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/Lets-Talk-About-Stroke-and-Vision-Sheet.pdf>
- American Stroke Association [ASA]. (2020a). *Let`s talk about Ischemic Stroke*. [stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/DS15794_LTAS_IschemicStroke_12_20.pdf](https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/DS15794_LTAS_IschemicStroke_12_20.pdf)
- American Stroke Association [ASA]. (2020b). *Let`s talk about Stroke Diagnosis*. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/DS15795_LTAS_StrokeDiagnosis.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2020c). *Let`s talk about Transient Ischemic Attack (TIA)*. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/LTAS_TransientIschemicAttack_2019.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2021). *Stroke Risk Factors Not Within Your Control*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/stroke-risk-factors-not-within-your-control>

- American Stroke Association [ASA]. (2022a). *Let`s talk about Hemorrhagic Stroke*.
<https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Type-of-Stroke/LTAS-Hemorrhagic-Stroke.pdf>
- American Stroke Association [ASA]. (2022b). *Let`s talk about lifestyle changes to prevent Stroke*.
<https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Prevention/Lifestyle-Changes-to-Prevent-Stroke.pdf>
- American Stroke Association [ASA]. (2022c). *Let`s talk about Stroke and Aphasia*.
https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Lets-Talk-About-Stroke/Life-After-Stroke/LTAS_StrokeandAphasia_2020.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2023). *About Stroke*.
<https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Associação AVC. (2009). *Associação AVC Acidentes Vasculares Cerebrais*.
http://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/tipos_avc.html
- Bártlová, S., Šedová, L., Havierníková, L., Hudáčková, A., Dolák, F., & Sadílek, P. (2022). Quality of Life of Post-stroke Patients. *Zdravstveno varstvo*, 61(2), 101–108.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0014>
- Basto, M., & Pereira, J., M. (2012). An SPSS R-Menu for Ordinal Factor Analysis. *Journal of Statistical Software*, 46(4), 1-29. <https://doi.org/10.18637/jss.v046.i04>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
<https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Brands, I. M., Wade, D. T., Stapert, S. Z., & van Heugten, C. M. (2012). The adaptation process following acute onset disability: an interactive two-dimensional approach applied to acquired brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 26(9), 840-852.
<https://doi.org/10.1177/0269215511432018>
- Buková, A., Chovanová, E., Küchelová, Z., Junger, J., Horbacz, A., Majherová, M., & Duranková, S. (2021). Association between Educational Level and Physical Activity in Chronic Disease Patients of Eastern Slovakia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1447. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111447>
- Caprio, F. Z., & Sorond, F. A. (2019). Cerebrovascular disease: primary and secondary stroke prevention. *Medical Clinics*, 103(2), 295-308.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.001>

- Caro, C. C., Costa, J. D., & Cruz, D. M. C. D. (2018). O uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade e a independência funcional em sujeitos com Acidente Vascular Cerebral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 558-568. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1117>
- Carod-Artal, J., Egido, J. A., González, J. L., & Varela de Seijas, E. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, 31(12), 2995-3000. <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.12.2995>
- Casale, S. (2020). Gender Differences in Self-esteem and Self-confidence. In B.J. Carducci, C.S. Nave, A. Fabio (Eds), *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 185-189). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119547174.ch208>
- Cavalcante, D. A. K., Furtado, T. A., Valente, J. R. R., Almeida, U. T. D. F. H., de Sousa, T. C., de Sousa, E. D. J. S., ... & Gouveia, M. A. (2020). Qualidade de vida de pacientes após acidente vascular encefálico isquêmico atendidos em uma clínica de neurologia em Belém-Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12452-12464. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-089>
- Correia, J. P., Figueiredo, A. S., Costa, H. M., Barros, P., & Veloso, L. M. (2018). Investigação etiológica do acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Medicina Interna*, 25(3), 213-223. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018>
- Cumming, T. B., Churilov, L., Collier, J., Donnan, G., Ellery, F., Dewey, H., ... & Bernhardt, J. (2019). Early mobilization and quality of life after stroke: findings from AVERT. *Neurology*, 93(7), 717-728. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007937>
- Day, H., & Jankey, S. G. (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. In R. Renwick, I. Brown, & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* (pp. 39-50). Sage Publications, Inc
- De Vasconcelos, L. B., Santos, M. C. L., da Silva, R. M., Garcia Filho, C., 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>
- De Vries, S., & Mulder, T. (2007). Motor imagery and stroke rehabilitation: a critical discussion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 5-13. <https://doi.org/10.2340/16501977-0020>

- Detweiler-Bedell, J. B., Friedman, M. A., Leventhal, H., Miller, I. W., & Leventhal, E. A. (2008). Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: identifying and resolving failures in self-regulation. *Clinical psychology review, 28*(8), 1426-1446. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.002>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf
- Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical rehabilitation, 14*(3), 279-287. <https://doi.org/10.1191/026921500671231410>
- Em, S., Bozkurt, M., Karakoc, 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*, 148-54. <https://doi.org/10.5152/tftrd.2015.80090>
- Enderby, P. (2013). Disorders of communication: dysarthria. *Handbook of clinical neurology, 110*, 273-281. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00022-8>
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1439-1446. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00117-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-P)
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., ... & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke, 17*(1), 18-29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Ferro, & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (2nd ed., pp.101- 111). Lidel.
- Figueiredo, A. R. G., Pereira, A., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGEIA, 3*(1), 35-45.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Brazilian Journal of Psychiatry, 21*, 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Flomin, Y., Hetman, T., Guliaieva, M., Havryliv, I., & Tsurkalenko, O. (2022). Determining the etiology of cerebral stroke: from the most prevalent to rare causes. *Ukrainian*

Interventional Neuroradiology and Surgery, 40(2), 14-40.
[https://doi.org/10.26683/2786-4855-2022-2\(40\)-14-40](https://doi.org/10.26683/2786-4855-2022-2(40)-14-40)

Gabinete de Estudos Técnicos. (2016). *Perfil dos Psicólogos da Saúde*.
https://www.ordendospsicologos.pt/ficheiros/documentos/perfilpsis_saude.pdf

García, J. A., y Olmos, F. C., Matheu, M. L., & Carreño, T. P. (2019). Self-esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>

Ghodusi, M., Heidari, M., Sheikhi, R. A., & Shirvani, M. (2016). The Relation Between Body Esteem With Self Esteem And Perceived Social Support In Multiple Sclerosis Patients—Assessment. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 7(1), 7-11.

Gore, M., Bansal, K., Khan Suheb, M. Z., & Asuncion, R. M. D. (2022, janeiro 16). *Lacunar Stroke*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563216/>

Guerra, J. (2009). Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.

Guo, J., Wang, J., Sun, W., & Liu, X. (2022). The advances of post-stroke depression: 2021 update. *Journal of Neurology*, 269(3), 1236–1249. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10597-4>

Harshfield, E. L., Georgakis, M. K., Malik, R., Dichgans, M., & Markus, H. S. (2021). Modifiable lifestyle factors and risk of stroke: a Mendelian randomization analysis. *Stroke*, 52(3), 931-936. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.031710>

Hemati, Z., & Kiani, D. (2016). The relationship between self-esteem and quality of life of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura at Isfahan's Sayed Al-Shohada Hospital, Iran, in 2013. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 10(2), 79-84.

Hill, A. J. (2017). Obesity in children and the ‘Myth of Psychological Maladjustment’: self-esteem in the spotlight. *Current obesity reports*, 6, 63-70.
<https://doi.org/10.1007/s13679-017-0246-y>

Holroyd, S. (2019). Urinary incontinence after stroke. *British Journal of Community Nursing*, 24(12), 590-594. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.12.590>

Honjo, K., Iso, H., Ikeda, A., Inoue, M., Sawada, N., Tsugane, S., & JPHC Study Group. (2016). Marital transition and risk of stroke: how living arrangement and employment

- status modify associations. *Stroke*, 47(4), 991-998.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011926>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). Inquérito Nacional de Saúde. https://cse.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=459375331&att_display=n&att_download=y
- Jackson, C. A., Sudlow, C. L., & Mishra, G. D. (2018). Education, sex and risk of stroke: a prospective cohort study in New South Wales, Australia. *BMJ open*, 8(9), e024070. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen2018-024070>
- Jameson J, & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J. (2018). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, (20th ed). McGraw Hill.
- Kazemi, Y., Nikmanesh, Z., & Khosravi, M. (2017). The Relationship Between Quality of Life and Self-esteem and Attribution Styles in Primary School Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4), e5850. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.5850>.
- Kelly, P. J., Furie, K. L., Shafqat, S., Rallis, N., Chang, Y., & Stein, J. (2003). Functional recovery following rehabilitation after hemorrhagic and ischemic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(7), 968-972. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00040-6)
- Keppel, C. C., & Crowe, S. F. (2000). Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(1), 15-31. <https://doi.org/10.1080/096020100389273>
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de vida-aspectos conceituais. *Revista Salus*, 1(1), 13-15.
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., & Kim, H. S. (2011). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disability and Rehabilitation*, 33(7), 539-556. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.505997>
- Langhorne, P., Coupar, F., & Pollock, A. (2009). Motor recovery after stroke: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 8(8), 741-754. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70150-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70150-4)
- Lapadatu, I., & Morris, R. (2019). The relationship between stroke survivors' perceived identity and mood, self-esteem and quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(2), 199-213. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1272468>

- Lau, L. H., Lew, J., Borschmann, K., Thijs, V., & Ekinici, E. I. (2019). Prevalence of diabetes and its effects on stroke outcomes: A meta-analysis and literature review. *Journal of diabetes investigation, 10*(3), 780-792. <https://doi.org/10.1111/jdi.12932>
- Lazar, R. M., & Boehme, A. K. (2017). Aphasia as a predictor of stroke outcome. *Current neurology and neuroscience reports, 17*(11), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s11910-017-0797-z>
- Le, H., & Lui, M. Y. (2021, março 27). *Aphasia*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559315/>
- Lourenço, E., Sampaio, M. R. D. 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), 1509. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111509>
- Lu, H., Tan, X., Wang, X., Lin, Q., Huang, S., Li, J., & Zhou, H. (2023). Basic psychological needs satisfaction of stroke patients: a qualitative study. *BMC Psychology, 11*(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01107-4>
- Mackenzie, A. E., & Chang, A. M. (2002). Predictors of quality of life following stroke. *Disability and Rehabilitation, 24*(5), 259-265. <https://doi.org/10.1080/09638380110081805>
- Malheiro A, Nicola A, Pereira C. (2009). Contributo para 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.
- Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., ... & Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 45*(12), 3754-3832. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000046>
- Mikkelsen, H. T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M. C., & Rohde, G. (2020). Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14-15-year-old adolescents: a cross-sectional

- study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01585-9>
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
- Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral* (1st ed.). Ministério da Saúde.
- Miranda, G. B. S., Borges, N. G. S., & da Silva Ribeiro, N. M. (2019). Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 18(3), 330-334. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>
- Mitchell, C., Bowen, A., Tyson, S., & Conroy, P. (2018). ReaDySpeech for people with dysarthria after stroke: protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40814-017-0169-0>
- Monteiro, S. M. F., & Guimarães, C. (2019). Abordagem clínica perante desequilíbrio da autoestima. *Perspectivas em Psicologia*, 23(2), 160-178.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 48(9), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>
- Nahas, M. V. (2017). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (7th ed.). Markus Vinicius Nahas.
- Nemani, K., & Gurin, L. (2021). Neuropsychiatric Complications after Stroke. *Seminars in Neurology*, 41(1), 85–100. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1722723>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2006). *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>
- Orman, Z., Thrift, A. G., Olaiya, M. T., Ung, D., Cadilhac, D. A., Phan, T., ... & STANDFIRM (2022). Quality of life after stroke: A longitudinal analysis of a cluster randomized trial. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 31(8), 2445-2455. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03066-y>

- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, *144*(10), 1045. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000161>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, *23*(1), 121–130. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00109-2](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00109-2)
- Pereira, A. & Patrício, T. (2020). *SPSS Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8th ed.). Edições Sílabo.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (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>
- Pinzon, R. T., & Buwana, F. (2018). The comparison of risk factors between young adult and elderly onset of ischemic stroke. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, *2*(48), 28-32. <https://doi.org/10.23950/1812-2892-JCMK-00545>.
- Phan, H. T., Blizzard, C. L., Reeves, M. J., Thrift, A. G., Cadilhac, D. A., Sturm, J., ... & Gall, S. (2019). Sex differences in long-term quality of life among survivors after stroke in the INSTRUCT. *Stroke*, *50*(9), 2299-2306. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.024437>
- Pires, S. L., Gagliardi, R. J., & Gorzoni, M. L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *62*, 844-851. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500020>
- Pompeo, D. A., Eid, L. P., Carvalho, I. G., dos Santos Bertolli, E., & de Oliveira, N. S. (2017). Autoestima de pacientes com doença arterial coronariana. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, *18*(6), 712-719. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600002>
- Pula, J. H., & Yuen, C. A. (2017). Eyes and stroke: the visual aspects of cerebrovascular disease. *Stroke and Vascular Neurology*, *2*(4). <https://doi.org/10.1136/svn-2017-000079>
- Ramos-Lima, M. J. M., Brasileiro, I. D. C., Lima, T. L. D., & Braga-Neto, P. (2018). Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*, *73*, e418. <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>
- Rafii, M. S., & Hillis, A. E. (2006). Compendium of cerebrovascular diseases. *International Review of Psychiatry*, 18(5), 395-407. <https://doi.org/10.1080/09540260600935405>
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015. *Archives of Public Health*, 78, 20. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rexrode, K. M., Madsen, T. E., Yu, A. Y., Carcel, C., Lichtman, J. H., & Miller, E. C. (2022). The impact of sex and gender on stroke. *Circulation Research*, 130(4), 512-528. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319915>
- Ringleb, P. A., Bousser, M. G., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., ... & Wardlaw, J. (2008). Recomendações para o tratamento do AVC isquêmico e do acidente isquêmico transitório 2008. *Sinapse*, 8(2), 5-67.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (1st ed.). Princeton University Press.
- Roy-O'Reilly, M., & McCullough, L. D. (2018). Age and sex are critical factors in ischemic stroke pathology. *Endocrinology*, 159(8), 3120-3131. <https://doi.org/10.1210/en.2018-00465>
- Ruževičius, J. (2014, agosto 28-29). *Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research* [Artigo de Conferência]. 17th Toulon-Verona International Conference, Liverpool John Moores University. https://www.researchgate.net/publication/281372752_Quality_of_Life_and_of_Working_Life_Conceptions_and_Research
- Santos, P. J. (2008, julho). *Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior* [Artigo de Conferência]. XIII Conferência Internacional Avaliação psicológica: Formas e contextos, Braga. <https://www.researchgate.net/publication/322071950>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 253-268.
- Schepers, V. P., Ketelaar, M., Visser-Meily, A. J., de Groot, V., Twisk, J. W., & Lindeman, E. (2008). Functional recovery differs between ischaemic and haemorrhagic stroke

patients. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(6), 487-489.
<https://doi.org/10.2340/16501977-0198>

Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social science & medicine*, 57(2), 375-385. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00366-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00366-0)

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2015). *Theories of personality* (9th ed). Cengage Learning.

Serafim, A. P., Martins-Ferreira, A. L., Serafim, M. P., Oliveira, G., Pedro-Rocheta, E., & Pires, N. (2019). Prevalência da hipertensão arterial na população portuguesa em contexto de férias e abordagem multivariada dos fatores de risco através do método HJ-Biplot. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35(6), 450-64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i6.12319>

Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Layte, R., & Hickey, A. (2015). CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Aging & Mental Health*, 19(7), 622-633. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.955457>

Silva, C. R. R. D., Pimenta, C. J. L., Viana, L. R. D. C., Ferreira, G. R. S., Bezerra, T. A., Costa, T. F. D., ... & Costa, K. N. D. F. M. (2021). Specific health-related quality of life in Cerebrovascular accident survivors: associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75,(3) e20210407. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0407>

Silva IF, Neves CF, Vilela AC, Bastos LM, Henriques MI. Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. (2016). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-11. <https://doi.org/10.12707/RIV15047>

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022). *Mortalidade por AVC Isquémico e Hemorrágico*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/taxa-de-mortalidade-por-avc-isquemico-e-hemorragico/table/?flg=pt-pt&sort=tempo>

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). O essencial sobre acidente vascular cerebral (AVC): Guia prático para a população. *Raio-X*, 1-12.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD]. (2019). *Diabetes: Factos e Números—O Ano de 2016, 2017 e 2018—Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf

- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI]. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- 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>
- Stroke Alliance for Europe [SAFE]. (2018). *Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030*. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Takashima, R., Murata, W., & Saeki, K. (2016). Movement changes due to hemiplegia in stroke survivors: A hermeneutic phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 38(16), 1578-1591. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107629>
- Teixeira, C. P., & Silva, L. D. (2009). Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enfermería Global*, 8(1), 1-12.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Thomas, L. H., Coupe, J., Cross, L. D., Tan, A. L., & Watkins, C. L. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004462.pub4>
- Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: a qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(04), 680-688. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735323>
- Unnithan, A. K. A., M Das, J., & Mehta, P. (2023, maio 8). *Hemorrhagic Stroke*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>
- US Food and Drug Administration [FDA]. (2009). *Guidance for industry patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 79. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-79>
- Vickery, C. D. (2006). Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1075-1084. <https://doi.org/10.1177/0269215506071269>

- Vyas, M. V., Silver, F. L., Austin, P. C., Yu, A. Y. X., Pequeno, P., Fang, J., Laupacis, A., & Kapral, M. K. (2021). Stroke incidence by sex across the lifespan. *Stroke*, *52*(2), 447–451. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.120.032898>
- Wang, Y. and Ollendick, T. H. (2001). A cross-cultural and developmental analysis of self-esteem in Chinese and Western children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 253-271. <https://doi.org/10.1023/A:1017551215413>
- Wist, S., Clivaz, J., & Sattelmayer, M. (2016). Muscle strengthening for hemiparesis after stroke: A meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *59*(2), 114-124. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.001>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- World Health Organization [WHO]. (2022). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yeoh, Y. S., Koh, G. C. H., Tan, C. S., Tu, T. M., Singh, R., Chang, H. M., ... & Luo, N. (2019). Health-related quality of life loss associated with first-time stroke. *Public Library of Science One*, *14*(1), e0211493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211493>
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, *6*(1), 21-29. <https://10.22237/jmasm/1177992180>

Anexos

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
 (Bruno Duarte)

 Vogal Executivo
 (Sandra Gil)

 Vogal Representativo
 (Mafalda Duane)

 Diretor Clínico
 (Eduardo Melo)

 Enfermeiro Diretor
 (José L. Gomes)



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