

Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral

Patrícia Alexandra Silva da Conceição

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

Orientadora: Prof. Dra. Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Coorientador: Prof. Dr. Jorge Manuel dos Reis Gama

junho de 2022

Dedicatória

À minha querida família...

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Prof. Dra. Paula Carvalho, orientadora da presente dissertação, pela disponibilidade, dedicação, atenção e paciência no decorrer de todo o processo e por me ter sempre incentivado a fazer mais e melhor, superando as expectativas que tinha de mim própria. Agradeço deste modo por ter acreditado em mim e nas minhas capacidades.

Em segundo lugar, quero agradecer ao Prof. Dr. Jorge Gama, coorientador da presente dissertação, pelo seu trabalho incansável no que diz respeito à sua área de atuação bem como todo o auxílio demonstrado no decorrer desta jornada.

Em terceiro lugar, quero agradecer à Dra. Raquel David, pelo exemplar e extremo profissionalismo bem como a sua simpatia, empatia, apoio incondicional e dedicação no recolher dos dados para esta dissertação. Agradeço também a transmissão de saberes na área da medicina na qual me tornei uma pessoa mais sábia.

Em quarto lugar, quero agradecer à Dra. Patrícia Bernardo e à Dra. Graça Caldeira pela disponibilidade apresentada de modo a facilitar todo o processo desde o pedido de parecer à comissão de ética à entrega da dissertação.

Por último, mas não menos importante, a todos os participantes que se voluntariaram para fazer parte da recolha de dados. Sem vocês, nada disto era possível!

Introdução

A presente dissertação integra o projeto “Impacto de variáveis físicas e psicológicas na Doença Crónica: avaliação e intervenção” que contribui para a avaliação dos fatores psicossociais de pessoas com doenças crónicas, que convivem diariamente com as exigências impostas pelas mesmas. Esta será apresentada em formato de artigo científico tendo sido submetido e encontra-se em revisão na *Revista Neurociências* (Scopus) e aceite em formato de comunicação oral no 14º Congresso Nacional em Psicologia da Saúde. Neste sentido, o artigo está escrito em conformidade com as normas de submissão exigidas pela revista.

Assim, começamos por apresentar um resumo alargado e, de seguida, o capítulo que corresponde à investigação em si. Para além do artigo científico, a presente dissertação inclui, ainda, um apêndice teórico, no qual são explorados de forma mais detalhada todos os conceitos abordados, de forma a aprofundar e consolidar os fundamentos teóricos presentes no artigo.

O objetivo geral da presente investigação é avaliar os níveis de Qualidade de Vida (QV) e Sintomas Psicopatológicos numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguidas no Hospital Amato Lusitano e no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Quanto aos objetivos específicos compreendem explorar se existem diferenças significativas tanto na variável QV como na variável Sintomas Psicopatológicos em função do género e tipo de AVC, avaliar a forma como a QV se correlaciona com os Sintomas Psicopatológicos e identificar agrupamentos de indivíduos tendo em conta a problemática em estudo.

O presente estudo segue um *design* correlacional dado que o seu objetivo passa por avaliar relações, associações ou correlações, entre as variáveis em questão. Trata-se de um estudo quantitativo por se avaliar e analisar dados observáveis e quantificáveis, através de procedimentos estatísticos, e também comparativo, uma vez que se pretende identificar diferenças ou semelhanças entre as categorias de algumas variáveis categóricas em estudo. Além disso, é descritivo porque pretende descrever como se comportam as variáveis na amostra. No que diz respeito ao momento da recolha de dados, trata-se de um estudo transversal, uma vez que a recolha de dados foi realizada num único momento sem que fosse expectável explorar alterações das variáveis ao longo do tempo.

Neste estudo, foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, uma Ficha Clínica, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18) e a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC).

AVC - Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos

Participaram 100 indivíduos com AVC, 63 homens e 37 mulheres, com uma média de idades de 66.59 anos.

Resumo Alargado

As doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo (World Health Organization [WHO], 2005) apresentando vários fatores de risco que são responsáveis pela maioria destas doenças (Bourbon et al., 2019).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença neurológica enquadrando-se num grupo patológico mais vasto, designado por grupo das doenças cerebrovasculares (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). É uma perturbação da função cerebral em que existe uma obstrução ou hemorragia de uma artéria que irriga as várias áreas dos hemisférios cerebrais ou tronco cerebral (Abbott et al., 2017) resultando na morte de neurónios (American Stroke Association [ASA], 2019, 2020a).

O AVC é uma das principais causas de morte no mundo e, especificamente, em Portugal no ano 2019, perfazendo no total 12 097 mortes por 100 000 habitantes (WHO, 2020b) sendo um grave problema de saúde pública neste país (Ferro, 2013). Segundo alguns dados da *World Stroke Organization*, globalmente, um em cada quatro indivíduos com mais de 25 anos terá um AVC ao longo da vida (Feigin et al., 2022).

A ocorrência de AVC tem um grande impacto a todos os níveis, quer diretamente quer indiretamente, na vida da maioria dos doentes, verificando-se que, mesmo os que apresentam apenas consequências mínimas, na sua generalidade apresentam uma diminuição da QV (Hobart et al., 2002; Silva et al., 2016; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2016), a qual tende a deteriorar-se ao longo do tempo. Cerca de um terço dos indivíduos que sobrevivem a um AVC têm alguma incapacidade, disfunção cognitiva e saúde mental deteriorada (Stroke Alliance for Europe [SAFE], 2018).

Do mesmo modo, nos primeiros meses, os doentes confrontam-se com várias incapacidades e dependências face aos seus familiares e/ou cuidadores, manifestando sintomas psicopatológicos e outras complicações psicológicas como a labilidade emocional, frustração, ressentimento, falta de cooperação, irritabilidade, sofrimento, desmotivação, falta de iniciativa, negativismo, entre outras (Marques, 2007), bem como pensamentos de morte (Paula et al., 2008). Com frequência surge então sintomatologia depressiva e ansiosa após a ocorrência de AVC estando ambos os fatores relacionados com a diminuição da QV (Chun et al., 2018; Muus & Ringsberg, 2005). Com esta sintomatologia poderá surgir alguns sintomas somáticos marcantes como, por exemplo, fadiga, alterações do apetite, alterações do ritmo sono-vigília, diminuição da libido, entre outros (Terroni et al., 2009; Wang et al., 2017).

Neste sentido, este estudo pretende contribuir para ajudar os profissionais de saúde a compreenderem aspetos específicos que afetam a vida destes doentes e as suas perceções

quanto ao impacto do AVC nas suas vidas. Além disso, pretende ajudar a desenvolver novas intervenções tendo em conta as características e necessidades da população, bem como a distribuição de recursos de forma a melhorar os aspetos que interferem com a QV e os sintomas psicopatológicos e a maximização dos resultados de saúde destes doentes em todos os domínios das suas vidas, destacando-se a reintegração na comunidade.

O objetivo geral do presente estudo consiste em avaliar os níveis de QV e sintomas psicopatológicos numa amostra de pessoas após AVC, seguidas no Hospital Amato Lusitano e no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Além do referido, pretende-se também explorar se existem diferenças significativas tanto na variável QV como na variável Sintomas Psicopatológicos em função do género e tipo de AVC, avaliar a forma como a QV se correlaciona com os Sintomas Psicopatológicos e identificar agrupamentos de indivíduos tendo em conta a problemática em estudo.

Os dados da amostra foram recolhidos presencialmente no Hospital Amato Lusitano e no Centro Hospitalar Tondela-Viseu com uma amostra clínica. Em todos os momentos, foram esclarecidos os objetivos da investigação e todas as questões éticas que lhe estão associadas, garantindo as instruções da mesma. Os critérios de inclusão da amostra consistiram na presença de diagnóstico clínico de AVC há pelo menos 10 dias, idade superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa. Estes participantes têm acompanhamento clínico na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e no Centro Hospitalar Tondela Viseu. Quanto aos critérios de exclusão é de realçar o diagnóstico de condições clínicas que impossibilitem a comunicação com o participante e deste modo à impossibilidade de responder ao protocolo. Assim, foram reunidas respostas de um total de 100 participantes com AVC, 63 homens e 37 mulheres, com uma média de idades de 66.59 anos.

Os participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico, à Ficha Clínica, ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18) e à Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC).

Quanto ao BSI-18 os participantes responderam de forma a avaliar a psicossomatologia experienciada pelos mesmos na última semana, através de três subescalas – somatização, depressão e ansiedade; e, por último, à EQVE-AVC de forma a averiguar os níveis de QV. Ambos os instrumentos apresentaram medidas de validade interna adequadas.

Os principais resultados evidenciaram uma correlação negativa moderada entre EQVE-AVC e BSI-18. Além disso, comprovou-se existir diferenças significativas na QV, sintomas psicopatológicos e em algumas subescalas dos mesmos tendo em conta o género. Relativamente ao tipo de AVC verificou-se diferenças significativas na QV e seus domínios, mas não se verificou para os sintomas psicopatológicos. Acrescesse a análise de clusters no

qual o Papel Social demonstrou ser a variável mais importante no poder preditivo na constituição dos clusters

As principais conclusões evidenciam a importância do aumento do conhecimento em relação à QV e sintomas psicopatológicos em indivíduos que sofreram um AVC para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes, que possam contribuir para o bem-estar geral desta população específica a longo prazo.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Sintomas Psicopatológicos; Saúde Mental; Acidente Vascular Cerebral

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos.....	v
Introdução	vii
Resumo Alargado	ix
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos	xvii
Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos: definição de perfis após AVC	19
Resumo	19
INTRODUÇÃO	20
MÉTODO	24
Amostra.....	24
Material.....	25
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18)</i>	25
<i>Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC)</i>	26
Procedimento.....	28
Análises Estatísticas	28
RESULTADOS.....	29
Análise Descritiva	29
Análises Comparativas da QV e Sintomas Psicopatológicos entre Género	30
Análises Comparativas da QV e Sintomas Psicopatológicos entre Tipo de AVC	31
Análise de Correlação entre QV e Sintomas Psicopatológicos	32
Análise de Clusters	33
DISCUSSÃO.....	34
Limitações e Futuras Direções.....	38
Recomendações	39
Implicações Práticas.....	39
CONCLUSÃO.....	40

AVC - Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos

REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE	49
Apêndice Teórico.....	51
1.1. Doença Crônica	51
1.2. Acidente Vascular Cerebral.....	52
1.2.1. Definição de Acidente Vascular Cerebral	52
1.2.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral	52
1.2.3. Epidemiologia	54
1.2.4. Etiologia	55
1.2.5. Manifestações Clínicas	56
1.2.6. Fatores de Risco.....	59
1.2.7. Prognóstico.....	60
1.2.8. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção	60
1.2.8.1. Diagnóstico	61
1.2.8.2. Tratamento.....	62
1.2.8.3. Prevenção	63
1.3. Qualidade de Vida	63
1.3.1. Definição.....	63
1.3.2. Avaliação	66
1.3.3. Qualidade de Vida após AVC	67
1.4. Sintomas Psicopatológicos.....	68
1.4.1. Sintomas Psicopatológicos após AVC.....	70
1.4.1.1. Depressão após AVC.....	70
1.4.1.2. Ansiedade após AVC	73
1.4.1.3. Somatização após AVC	76
Referências Bibliográficas	78

Lista de Tabelas

Tabela 1. - Estatística descritiva e análise da diferença do BSI-18 e suas subescalas devida ao género - *Teste de Mann-Whitney*

Tabela 2. - Estatística descritiva e análise da diferença da EQVE-AVC e seus domínios devida ao género – *Teste de Mann-Whitney*

Tabela 3. - Estatística descritiva e análise da diferença do BSI-18 e suas subescalas devida ao tipo de AVC - *Teste Kruskal-Wallis*

Tabela 4. - Estatística descritiva e análise da diferença da EQVE-AVC e suas subescalas devida ao tipo de AVC - *Teste Kruskal-Wallis*

Tabela 5. - Análise de *clusters*

Lista de Acrónimos

AIT	Acidente Isquémico Transitório
ASA	<i>American Stroke Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BSI-18	<i>Brief Symptom Inventory 18</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
EQVE-AVC	Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral
ERPI	Estrutura Residencial Para Idosos
IGG	Índice de Gravidade Total
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SAFE	Stroke Alliance for Europe
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
SPAVC	Sociedade Portuguesa do AVC
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Short-Form Health Survey</i>
SS-QOL	<i>Stroke Specific Quality of Life Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life Bref</i>

Qualidade de Vida e Sintomas

Psicopatológicos: definição de perfis após AVC

*Quality of Life and Psychopathological Symptoms: profiles definition
after stroke*

*Calidad de Vida y Síntomas Psicopatológicos: definición de perfiles
después del ictus*

Resumo

Introdução. Os indivíduos que sobrevivem a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) têm frequentemente sequelas permanentes quer sejam físicas quer sejam psicológicas que levam à diminuição da Qualidade de Vida (QV) e ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e somática estando relacionadas com a diminuição da QV. **Objetivo.** Este estudo pretende avaliar a QV e a presença de Sintomas Psicopatológicos em pessoas após AVC. **Método.** Participaram neste estudo 100 indivíduos aos quais se aplicou a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18). **Resultados.** Os principais resultados evidenciaram uma correlação negativa moderada entre EQVE-AVC e BSI-18. Além disso, comprovou-se existir diferenças significativas na QV, sintomas psicopatológicos e algumas subescalas dos mesmos tendo em conta o género. Relativamente ao tipo de AVC verificou-se diferenças significativas na QV e os seus domínios, mas não se verificou para os sintomas psicopatológicos. Acrescesse a análise de clusters no qual o Papel Social demonstrou ser a variável mais importante no poder preditivo na constituição dos clusters. **Conclusão.** Este estudo oferece um conhecimento relativo aos níveis de QV e a presença de sintomas psicopatológicos nesta população tendo em conta variáveis como o género e o tipo de AVC, destacando-se a análise por clusters. Desta forma, contribui para auxiliar a equipa multidisciplinar desde o diagnóstico, tratamento até às orientações para o paciente, familiares ou cuidadores.

Unitermos. Qualidade de Vida; Sintomas Psicopatológicos; Saúde Mental; Acidente Vascular Cerebral

Abstract

Introduction. Individuals who survive a stroke often have permanent sequels, whether physical or psychological, that lead to a decrease in Quality of Life (QOL) and the development of depressive, anxious and somatic symptoms, which are related to a decrease in QOL. **Objective.** This study aims to assess QOL and the presence of Psychopathological Symptoms in people after stroke. **Method.** Participated in this study 100 individuals to whom the Specific Quality of Life Scale for Users who Suffered a Stroke (EQVE-AVC) and the Psychopathological Symptoms Inventory (BSI-18) were applied. **Results.** The main results showed a moderate negative correlation between EQVE-AVC and BSI-18. In addition, significant differences were found in QOL, psychopathological symptoms and some of their subscales, taking into account gender. Regarding the type of stroke, there were significant differences in QOL and its domains, but not for psychopathological symptoms. Added to the cluster analysis in which the Social Role proved to be the most important variable in the predictive power in the constitution of clusters. **Conclusion.** This study provides knowledge regarding the levels of QOL and the presence of psychopathological symptoms in this population, taking into account variables such as gender and type of stroke, with emphasis on cluster analysis. In this way, it contributes to helping the multidisciplinary team from diagnosis, treatment to guidance for the patient, family members or caregivers.

Keywords. Quality of Life; Psychopathological Symptoms; Mental Health; Stroke

Resumen

Introducción. Los individuos que sobreviven a un ictus suelen tener secuelas permanentes, ya sean físicas o psicológicas, que conducen a una disminución de la Calidad de Vida (CV) y al desarrollo de síntomas depresivos, ansiosos y somáticos, que se relacionan con una disminución de la CV. **Objetivo.** Este estudio tiene como objetivo evaluar la CV y la presencia de síntomas psicopatológicos en personas después de un ictus. **Método.** Participaron de este estudio 100 individuos a quienes se les aplicó la Escala de Calidad de Vida Específica para Usuarios que Sufrieron un Ictus (EQVE-AVC) y el Inventario de Síntomas Psicopatológicos (BSI-18). **Resultados.** Los principales resultados mostraron una correlación negativa moderada entre EQVE-AVC y BSI-18. Además, se encontraron diferencias significativas en CV, síntomas psicopatológicos y algunas de sus subescalas, teniendo en cuenta el género. En cuanto al tipo de ictus, hubo diferencias significativas en la CV y sus dominios, pero no en los síntomas psicopatológicos. Sumado al análisis de conglomerados en el que el Rol Social demostró ser la variable más importante en el poder predictivo en la constitución de conglomerados. **Conclusión.** Este estudio aporta conocimiento sobre los niveles de CV y la presencia de síntomas psicopatológicos en esta población, teniendo en cuenta variables como el género y el tipo de ictus, con énfasis en el análisis de conglomerados. De esta forma, contribuye a ayudar al equipo multidisciplinar desde el diagnóstico, tratamiento hasta la orientación al paciente, familiares o cuidadores.

Palabras clave. Calidad de Vida; Síntomas Psicopatológicos; Salud Mental; Ictus

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença que se desenvolve rapidamente com sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral sendo de origem vascular, com duração de sintomas por mais de 24 horas¹.

Dados recentes revelam que o AVC é uma das principais causas de morte no mundo sendo que em 2019, 12.2 milhões de pessoas no mundo sofreram AVC e destas 6.6 milhões morreram. Mais de 100 milhões de indivíduos no mundo convivem com os efeitos do AVC. Sugere-se que estes números continuaram a aumentar nas próximas décadas. Globalmente, um em cada quatro indivíduos com mais de 25 anos terá um AVC ao longo da vida². Além disso, entre 2015 e 2035 prevê-se um aumento de 34% do número de casos de AVC devido sobretudo ao envelhecimento da população, sendo que na Europa o número de indivíduos a viver com AVC deverá aumentar um milhão³.

Os indivíduos que sobrevivem a um AVC têm frequentemente sequelas permanentes quer sejam físicas quer sejam psicológicas tornando-se cada vez mais dependentes com necessidades de apoio

contínuas, o que resulta num grande impacto nas suas vidas e na vida dos seus familiares. Com esta dependência surgem alterações a nível social, expressas pelo isolamento, alterações económicas e alterações emocionais que levam à diminuição da Qualidade de Vida (QV) destas pessoas⁴.

O conceito de QV apresenta várias características, nomeadamente, subjetividade, multidimensionalidade e multidisciplinariedade, existindo uma falta de consenso na sua definição, dado existirem múltiplas impressões conceituais e diferentes abordagens, não havendo um conceito que seja amplamente aceite por todos⁵. Neste sentido, vamos considerar a definição sugerida pela *World Health Organization*⁶ (p.1) como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sendo um termo amplo influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e fatores ambientais.

Vários estudos demonstram deterioração em diversos domínios da QV após AVC, nomeadamente, mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar, relação social e energia⁷. Um dos aspetos mais referenciados são as limitações físicas como determinantes da diminuição da QV⁷ uma vez que estão altamente associadas à autonomia ou dependência de cuidadores⁸. Contudo, é referido que indivíduos que sofreram AVC e que apresentam alterações físicas mínimas ou que não apresentam quaisquer alterações físicas, continuam a experienciar uma

diminuição da QV, uma vez que, existem outros fatores que devem ser considerados como as estratégias de *coping* utilizadas⁹.

Para além da baixa QV, com frequência surge sintomatologia depressiva e ansiosa após a ocorrência de AVC sendo ambos fatores que se encontram relacionados com a diminuição da QV¹⁰. Cerca de um terço da população que sofreu um AVC desenvolve sintomas depressivos¹¹. No entanto, poderá existir diferenças na prevalência deste tipo de sintomas após AVC devido a algumas limitações metodológicas, a heterogeneidade das amostras selecionadas nos vários estudos, quanto ao tamanho, aos critérios de inclusão e de exclusão, aos grupos de controlo, à diversidade relativamente às variáveis sociodemográficas e ao tipo de AVC¹².

Sugere-se que a ansiedade é um problema comum após AVC e que a sintomatologia ansiosa possuiu um grande impacto nesta população¹⁰. No entanto, esta sintomatologia recebeu substancialmente menos atenção em relação a outros problemas psicológicos que ocorrem após o AVC nos vários estudos que já foram realizados¹³. São várias as razões apontadas, nomeadamente os estudos epidemiológicos realizados na população adulta no geral, sugerirem que a ansiedade é incomum entre a população mais velha uma vez que aproximadamente três quartos dos doentes com AVC têm mais de 65 anos de idade¹⁰. Além disso, esta escassez de estudos sobre a ansiedade após AVC pode estar relacionada com erros no diagnóstico, dado que os sintomas de ansiedade podem ser confundidos com sintomas relacionados com o AVC em si. Assim, vários sintomas de ansiedade como problemas de sono ou fadiga, que podem fazer parte de um quadro de ansiedade, são

frequentemente desvalorizados visto que são compreendidos como sintomas do próprio AVC¹⁴.

Acresce-se também sintomas somáticos que são sintomas que não são explicados por fatores patológicos e que geralmente surgem como resposta ao stress social provocado por eventos e situações de vida stressantes vivenciados pelo indivíduo como, por exemplo, um AVC¹⁵. Estes sintomas estão muitas vezes presentes em quadros de depressão e ansiedade¹⁶.

Estas três sintomatologias podem, portanto, ocorrer em simultâneo podendo ser explicadas de acordo com três mecanismos¹⁶. No primeiro mecanismo, tanto a depressão como a ansiedade incitam o surgimento dos sintomas somáticos através de preocupação, de atenção e uma perceção modificada das sensações físicas¹⁷. Com o seguimento deste mecanismo surge a segunda hipótese na qual os sintomas somáticos operam como preditores no começo de perturbações de ansiedade e de depressão como, por exemplo, o desconforto corporal e as limitações físicas que tais sintomas podem ter associados¹⁸. Por fim, no terceiro mecanismo, os diversos fatores partilhados em comum, como os biológicos, psicológicos e ambientais, levam ao aparecimento de depressão, ansiedade assim como sintomas somáticos de forma independente¹⁹.

Dessa forma, o objetivo geral do presente estudo consiste em avaliar os níveis de QV e sintomas psicopatológicos numa amostra de pessoas após AVC. Quanto aos objetivos específicos compreendem explorar se existem diferenças significativas tanto na variável QV como na variável Sintomas Psicopatológicos em função do género e tipo de AVC, avaliar a forma como a QV se correlaciona

com os Sintomas Psicopatológicos e identificar perfis de indivíduos tendo em conta a problemática em estudo.

MÉTODO

Amostra

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, esta foi composta por 100 participantes, com um intervalo de idades entre 23 e 98 anos, ($M = 66.59$; $DP = 14.77$), sendo composto por 63 homens e 37 mulheres. Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes (56%) completou os estudos até ao 4º ano, sendo que 11% possui o 6º ano, 16% tem 9º ano, 10% concluiu o 12º ano e apenas 7% completou a licenciatura. A maioria dos participantes vive numa aldeia (60%), 29% numa cidade e 11% numa vila. A generalidade dos inquiridos (68%) é casado, 14% é viúvo, 8% é divorciado, 7% é solteiro e apenas 3% vive em união de facto. Além disso, na globalidade 91% têm filhos. Quanto ao agregado familiar, a mesma população admite apresentar um agregado de 2 pessoas (56%), 3 pessoas (20%), 4 pessoas (4%), 5 ou mais pessoas (3%), reside sozinha (14%) e utente de uma Estrutura Residencial Para Idosos (3%). No que concerne à situação profissional, a maior parte dos respondentes é reformado (66%), sendo que a restante amostra se subdivide por empregado a tempo inteiro (23%), desempregado (9%) e apenas 1% dos participantes tem emprego em part-time e 1% outra situação.

No que toca à caracterização clínica da amostra, 66% da amostra teve AVC Isquémico, 16% Hemorrágico e 18% AIT sendo que na sua maioria ocorreu à menos de um ano (75%). Além disso,

15% não estiveram hospitalizados, 29% estiveram entre 1 a 5 dias, 29% de 6 a 10 dias e 27% mais de 10 dias. Ainda 67% da amostra apresentou alguma sequela após o AVC sendo que 86% não teve qualquer tipo de acompanhamento psicológico.

Material

De acordo com as variáveis em estudo, foram selecionados os questionários que permitiram proceder à recolha de informação relativa aos objetivos propostos. Deste modo, foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, uma Ficha Clínica, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18) e a Escala de Qualidade de Vida Específica para Utentes que Sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18) é a versão reduzida do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e do *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) tendo sido desenvolvido por Derogatis em 2001 e adaptado e validado para a população portuguesa por Nazaré, Pereira e Canavarro em 2015²⁰.

Este instrumento tem como objetivo o rastreio do mal-estar psicológico (*distress*) sendo aplicável a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos tanto da população geral como da população clínica com qualquer patologia²⁰.

O BSI-18 contém três subescalas, cada uma composta por 6 itens, a Depressão, a Ansiedade e a Somatização. Foi reportada uma consistência interna boa para a escala e as subescalas BSI-18 com o

coeficiente alfa de Cronbach. Os autores deste instrumento encontraram os valores .89, .87 e .80 do alfa de Cronbach para as subescalas Depressão, Ansiedade e Somatização, respetivamente, e o valor .93 para o Índice de Gravidade Global (IGG)²⁰. No presente estudo, a consistência interna, calculada com o alfa de Cronbach, de cada subescala e do IGG apresentou-se de fraca a boa. Os valores do alfa de Cronbach para a Depressão, Ansiedade, Somatização e IGG foram iguais a .80, .78, .62 e .84, respetivamente.

Devido ao facto de os itens BSI-18 serem ordinais com cinco pontos, foi adicionalmente calculado o coeficiente alfa ordinal, que se baseia na correlação policórica. Este coeficiente encontra-se implementado no pacote R Factor, versão 2.4.3, para o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Com o coeficiente alfa ordinal a consistência interna para as subescalas e totalidade do BSI-18 manifestou-se razoável a boa. Para o IGG o valor do coeficiente Alfa Ordinal foi .89, enquanto, para as subescalas Ansiedade, Depressão e Somatização, obtiveram-se os valores .84, .88 e .75, respetivamente.

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 AVC (EQVE-AVC) foi originalmente desenvolvida por Linda Williams e colaboradores em 1999 dominada de *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SS-QOL). Posteriormente, em 2009 esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Malheiro, Nicola e Pereira²¹.

Esta escala foi desenvolvida com base na percepção da própria qualidade de vida dos indivíduos que sofreram um AVC, num procedimento de construção de itens a partir de dados qualitativos reportados e verificados à posteriori pelos mesmos. É composta por 49 itens estando distribuídos em doze domínios, tais como, a energia, o papel familiar, a linguagem, a mobilidade, a disposição, a personalidade, os auto-cuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/produktividade²¹.

Um estudo realizado pelos autores deste instrumento reportaram uma excelente consistência interna para a totalidade do questionário, onde o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi igual a .94. No que se refere à consistência interna para cada um dos domínios, com exceção do domínio Papel Familiar, encontraram uma razoável consistência interna, com valores superiores a .73²¹.

No presente estudo, os alfas de Cronbach e ordinal da EQVE-AVC foram iguais a .95 e .97, respetivamente, que é considerada uma consistência interna muito boa. Para as 12 subescalas os valores dos alfas de Cronbach e ordinal foram respetivamente iguais a: .94 e .98, para a Energia; .74 e .83, para o Papel Familiar; .90 e .95, para a Linguagem; .95 e .98, para a Mobilidade; .79 e .86, para a Disposição; .74 e .79, para a Personalidade; .91 e .97, para os Auto-cuidados; .88 e .92, para o Papel Social; .78 e .89, para a Capacidade Mental; .89 e .96, para a Função do Membro Superior; .92 e .97, para a Visão; .92 e .97, para o Trabalho/Produktividade. Assim, a consistência interna dos domínios evidenciou ser razoável a muito boa.

Procedimento

A pesquisa teve aprovação do protocolo de investigação pela Comissão de Ética de dois hospitais da zona centro de Portugal sob o número do parecer de aprovação nº 3 da ata nº1 de 2022 e homologada pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e nº11/19/11/2021 e homologada pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Posteriormente, iniciou-se a recolha de dados na consulta externa. Os critérios de inclusão da amostra consistiram na presença de diagnóstico clínico de AVC há pelo menos 10 dias, idade superior a 18 anos e nacionalidade portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão é de realçar o diagnóstico de condições clínicas que impossibilitem a comunicação com o participante e deste modo a impossibilidade de responder ao protocolo.

Os dados foram recolhidos sempre na presença da investigadora, que iniciava a recolha com uma introdução onde eram apresentados os objetivos e garantida a confidencialidade e anonimato. Todos os doentes, assinaram uma folha de consentimento informado.

Análises Estatísticas

As análises de dados foram efetuadas através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28. Para a caracterização da amostra, com os dados das variáveis clínicas, sociodemográficas e escalas adotadas neste estudo, foram calculadas várias medidas descritivas: média (M), desvio padrão (DP), mediana (Md), restantes quartis (Q1 e Q3),

mínimo e máximo para os dados quantitativos; frequências e percentagens para os dados categóricos.

Para a comparação entre dois ou três grupos recorreu-se aos testes não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Para este último e quando aplicável, as comparações *post-hoc* foram efetuadas com o teste de *Dunn* e com correção de *Bonferroni*.

Similarmente, recorreu-se ao coeficiente de *Spearman* para se medir a correlação entre as variáveis em estudo (QV e Sintomas Psicopatológicos). Para a verificação da associação entre duas variáveis categóricas recorreu-se ao teste do *Qui-Quadrado de Pearson*.

Por último, foi efetuada uma análise de clusters através do método *Two-Step Cluster*, permitindo este método incluir-se na análise variáveis quantitativas e categóricas em simultâneo. A medida *silhouette* (*silhouette measure of cohesion and separation*) foi utilizada para a medição da qualidade da análise de clusters efetuada.

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

RESULTADOS

Análise Descritiva

Para uma melhor compreensão do comportamento geral de cada instrumento na amostra em estudo, procedeu-se ao cálculo de diversas medidas estatísticas.

No que toca ao BSI-18 obteve-se uma média de 18.27 com um desvio-padrão de 11.16 sendo que a subescala Ansiedade obteve a

média mais elevada ($M=6.85$; $DP= 4.73$) seguida da subescala Depressão ($M= 5.82$; $DP=5.18$) e, por fim, a subescala Somatização ($M=5.60$; $DP=4.24$).

No que diz respeito à EQVE-AVC obteve-se uma média de 167.76 com um desvio-padrão de 43.06. Desta forma foi também possível observar que os domínios mais críticos, na amostra em estudo, no sentido que obtiveram uma média mais baixa, foram os domínios Energia ($M=2.50$; $DP=1.51$), Papel Social ($M=2.73$; $DP=1.29$) e Capacidade Mental ($M=2.92$; $DP=1.44$), contrariamente aos domínios Auto-Cuidados ($M=4.25$; $DP=1.22$) e Função Membro Superior ($M= 4.10$; $DP=1.27$) que apresentaram médias superiores.

Análises Comparativas da QV e Sintomas Psicopatológicos entre Género

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas para o instrumento BSI-18 e suas subescalas tendo em conta a variável género e os resultados das análises inferenciais das mesmas. Relativamente às diferenças entre o género face à pontuação total no instrumento BSI-18, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas ($p=.047$) na qual as mulheres apresentaram uma média ligeiramente superior ($M=21.81$; $DP=13.21$) em relação aos homens ($M=16.19$; $DP=9.27$). No que toca às subescalas do BSI-18, verificou-se também diferenças consoante o género na subescala de Ansiedade ($p=.039$) apresentando as mulheres níveis superiores ($M=8.32$; $DP= 5.26$) quando comparado com os homens ($M=5.98$; $DP= 4.2$). Quanto às subescalas de Depressão ($p=.086$) e Somatização ($p=.545$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no entanto em ambas as escalas

eram as mulheres quem detinham maiores níveis tanto de Depressão como de Somatização.

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas para o instrumento EQVE-AVC e seus domínios tendo em conta a variável género e os resultados das análises inferenciais das mesmas. No que tange às diferenças entre o género face à pontuação total no instrumento EQVE-AVC, os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas ($p=.011$) na qual os homens apresentaram uma média ligeiramente superior ($M=176.40$; $DP=39.96$) em relação às mulheres ($M=153.05$; $MP=44.68$). No que toca às subescalas da EQVE-AVC, verificou-se também diferenças consoante o género no domínio Energia ($p=.007$), Linguagem ($p=.004$), Auto-Cuidados ($p=.006$) e Capacidade Mental ($p=.006$). É de realçar que em todos os domínios os homens apresentaram uma média ligeiramente superior relativamente às mulheres apesar da mesma só ser significativa em alguns domínios já referidos acima.

Análises Comparativas da QV e Sintomas Psicopatológicos entre Tipo de AVC

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas para o instrumento BSI-18 e suas subescalas tendo em conta a variável Tipo de AVC e os resultados das análises inferenciais das mesmas. Nesta análise verificou-se que não existem diferenças significativas consoante o Tipo de AVC tanto no instrumento BSI-18 ($p=.412$) tanto na Ansiedade ($p=.424$), Depressão ($p=.051$) e Somatização ($p=.060$). No entanto, verificou-se através das médias que no instrumento BSI-18 e suas subescalas, à exceção da subescala de

Somatização, que o AIT detém os valores mais baixos, de seguida o Isquémico e por fim, o Hemorrágico.

A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas para o instrumento EQVE-AVC e seus domínios tendo em conta a variável Tipo de AVC e os resultados das análises inferenciais das mesmas. No que tange às diferenças entre o tipo de AVC face à pontuação total no instrumento EQVE-AVC, os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas ($p=.037$). Através do teste *post-hoc* de *Dunn*, verifica-se que essa diferença estatisticamente significativa advém dos resultados entre o AVC Hemorrágico e o AIT ($p=.010$). No que diz respeito aos seus domínios, apenas verificou-se uma diferença estatisticamente significativa para os domínios Energia ($p=.022$), Papel Social ($p=.006$) e Trabalho ($p=.039$). Novamente com o teste *post-hoc* de *Dunn*, verificou-se que essa diferença ocorreu entre o AVC Hemorrágico e o AIT, exceto para o Papel Social que também ocorreu entre o Isquémico e o AIT.

Análise de Correlação entre QV e Sintomas Psicopatológicos

Para averiguar a existência de alguma associação entre a QV e Sintomas Psicopatológicos recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. A única correlação relevante encontrou-se entre os totais EQVE-AVC e BSI-18, sendo esta negativa moderada com a QV ($r = -.563, p<.001$).

Análise de Clusters

Através do método *Two-Step Cluster* foi possível criar dois clusters de qualidade aceitável uma vez que a medida *silhouette* apresentou um valor de .4. O cluster 1 é constituído por 49 indivíduos (35 homens e 14 mulheres) e o cluster 2 por 51 indivíduos (28 homens e 23 mulheres). A tabela 5 resume por ordem de importância o poder preditivo de cada variável na constituição dos clusters.

Essencialmente, o que distingue os indivíduos dos dois clusters são as interações sociais e familiares, a relevância do trabalho, energia, mobilidade e disposição. Estes fatores, assim como a personalidade e capacidade mental, mostraram-se significativamente maiores no cluster 1, enquanto os indivíduos do cluster 2 evidenciaram, significativamente, maior ansiedade e depressão. O fator sequelas, embora seja menos importante para distinguir os indivíduos dos dois clusters, verificou-se existirem significativamente mais indivíduos com sequelas no cluster 2, sendo este proporcionalmente maior entre os indivíduos com AVC hemorrágico, enquanto entre os do tipo AIT a predominância foi para os indivíduos do cluster 1. Os isquémicos repartiram-se quase proporcionalmente entre os dois clusters. O mesmo verificou-se para a hospitalização de mais de 10 dias no qual existiram mais indivíduos no cluster 2 em comparação com o cluster 1 que predominou a hospitalização entre 1 a 5 dias.

Além disso, encontrou-se uma associação significativa entre o tipo de AVC e os clusters ($p=.004$). Esta associação é devida ao facto de no Cluster 1 o AVC Isquémico corresponde a 71.4%, o Hemorrágico a 4.1% e o AIT a 24.5% enquanto no Cluster 2 a proporção de AVC Isquémico (60.8%) e AIT (11.8%) são menores e

o Hemorrágico (27.5%) é maior. O mesmo foi verificado com outras variáveis como as sequelas ($p < .001$) e o tempo de hospitalização ($p = .001$), assim como a existência de uma associação significativa na escala EQVE-AVC e seus domínios e BSI-18 e suas subescalas.

Assim definimos o Cluster 1: Grupo com maior inclusão social e familiar e menos afetado pelo AVC e o Cluster 2: Grupo com menor inclusão social e familiar e mais afetado pelo AVC.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a amostra apresenta uma média de idades que se aproxima dos 66 anos e 63% são do gênero masculino. A este propósito, podemos referir que a idade é um fator de risco para a ocorrência de AVC, porque o aumento exponencial da incidência está associado à idade. Neste sentido, existe uma maior ocorrência de AVC em indivíduos do gênero masculino, nomeadamente em indivíduos na meia-idade⁴, o que é visível na nossa amostra.

No que diz respeito ao gênero, a pontuação total no instrumento BSI-18 e na subescala de Ansiedade, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas na qual as mulheres apresentaram uma média ligeiramente superior em relação aos homens. Os mesmos resultados são evidenciados num estudo¹⁰ e tais diferenças ocorrem devido à diferença na regulação emocional²² e/ou o uso de estratégias de *coping* desadaptativas²³.

No que se refere às diferenças entre o gênero face à pontuação total no instrumento EQVE-AVC e seus domínios Energia, Linguagem, Auto-cuidados e Capacidade Mental, os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas, com os homens a apresentarem uma média ligeiramente superior em relação às

mulheres. Neste sentido, evidencia-se que ser do género feminino interfere negativamente na QV⁷. Uma diferença de 0,5 no *score* total é indicativa de uma alteração significativa a nível da QV²¹ logo podemos concluir na comparação entre géneros que as mulheres têm alteração significativa na QV ($M=153.05$) em comparação com os homens ($M=176.40$).

Existem diversos fatores que podem explicar tais resultados, nomeadamente, fatores biológicos como o estado de coagulação, fatores hormonais, fatores genéticos, fatores sociais e o estilo de vida que podem contribuir para a explicação das diferenças de género. No entanto, muitas perguntas permanecem sem resposta²⁴.

Quanto ao tipo de AVC, destaca-se o Isquémico com uma percentagem de 66%, seguido do AIT com 18% e o Hemorrágico 16%. Tais resultados estão em consonância com um estudo⁴.

Nesta análise verificou-se que não existem diferenças significativas consoante o Tipo de AVC no instrumento BSI-18 como nas suas três subescalas. No entanto, verifica-se através das médias que no instrumento BSI-18 e suas subescalas, à exceção da subescala de Somatização, que o AIT detém os valores mais baixos, de seguida o Isquémico e por fim, o Hemorrágico. Estes resultados podem dever-se à existência de erros no diagnóstico, dado que os sintomas psicopatológicos podem ser confundidos com sintomas relacionados com o AVC em si, ou seja, vários sintomas psicopatológicos como, por exemplo, problemas de sono ou fadiga, que podem fazer parte de um quadro de ansiedade, são frequentemente desvalorizados visto que são compreendidos como sintomas do próprio AVC¹⁴.

Face ao acentuado impacto negativo destas perturbações mentais, frequentemente subdiagnosticadas²⁵, é crucial identificar as pessoas que apresentam sintomas psicopatológicos clinicamente significativos. Esta medida fomenta a intervenção precoce, a qual se traduz na diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde²⁶. Por outro lado, a não identificação de indivíduos que apresentam risco significativo de manifestar estas perturbações não recebem o tratamento adequado, levando à exacerbação destas doenças²⁷. Este facto é verificado neste estudo no qual 86% da amostra não tem qualquer tipo de acompanhamento psicológico.

No que tange às diferenças entre o tipo de AVC face à pontuação total no instrumento EQVE-AVC, os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas. Verifica-se que essa diferença estatisticamente significativa advém dos resultados entre o AVC Hemorrágico e o AIT. No que diz respeito aos seus domínios, apenas verificou-se uma diferença estatisticamente significativa para os domínios Energia, Papel Social e Trabalho. Verificou-se que essa diferença ocorreu entre o AVC Hemorrágico e o AIT, exceto para o Papel Social que também ocorreu entre o Isquémico e o AIT. Estes valores corroboram os resultados apresentados por um estudo no qual evidenciou-se que indivíduos que sofreram AVC Hemorrágico exibiam pior QV. Estes resultados podem ser explicados pelo facto do AVC Hemorrágico apresentar maior taxa de mortalidade do que o AVC Isquémico e o AIT, ou seja, a justificação está relacionada com a fisiopatologia do próprio AVC levando a uma menor resposta à reabilitação, mais sequelas, maior dependência e disfunção e, conseqüentemente, uma menor QV⁸.

O AVC é considerado um episódio inesperado e stressante, uma vez que ameaça o senso de controlo pessoal exigindo dos doentes um grande esforço adaptativo, que é desenvolvido a partir da ativação de recursos emocionais e cognitivos que melhor se ajustem às limitações estabelecidas pela doença, dificultando a recuperação quando existe sintomas psicopatológicos²⁸. Neste sentido, alguns autores, consideram que um défice neurológico grave predispõe os indivíduos a sintomas psicopatológicos que por sua vez afeta a QV^{29,30}. Neste estudo foi verificada uma correlação significativa moderada negativa entre QV e sintomas psicopatológicos, ou seja, quanto menor for o nível de QV maiores níveis de presença de sintomas psicopatológicos. Estes dados são evidenciados nos estudos que dizem respeito a Depressão, Ansiedade¹⁰ e Somatização¹⁵.

Acrescesse a análise de clusters no qual o Papel Social demonstrou ser a variável mais importante no poder preditivo na constituição dos clusters. Seguidamente a esta variável, observou-se a variável Trabalho, Energia e Papel Familiar. Estas variáveis têm uma menor média no cluster 2 uma vez que se evidencia neste cluster uma frequência maior de AVC Hemorrágico. Este tipo de AVC é responsável por uma maior frequência de sequelas e até mesmo maior incidência de mortes⁷ e consequentemente maior tempo de hospitalização tal como é evidenciado neste cluster.

Estes dados podem ser explicados, pelo facto de as sequelas de AVC afetarem ou inviabilizarem o retorno total ao trabalho e às atividades sociais, justificando os valores baixos no domínio Papel Social, Trabalho e Energia. Após a ocorrência da doença, a pessoa muitas vezes fica incapacitada e dependente de terceiros, necessitando de um cuidador, que é, frequentemente, um familiar.

A presença da família ou de alguém próximo são fulcrais para a partilha do impacto do AVC na vida destes pacientes e no auxílio de exigências de cuidados. No entanto, o *score* baixo no domínio do Papel Familiar, pode ser explicado pelas características da doença que geram sobrecarga aos cuidadores e insatisfação do paciente em relação à atenção recebida da família ou alguém próximo, bem como o abandono do mercado de trabalho e de atividades diárias⁷.

Limitações e Futuras Direções

Os resultados obtidos nesta investigação contribuíram positivamente no cumprir dos objetivos estabelecidos possibilitando uma reflexão e contribuição para a investigação na área estudada, no entanto, foram evidenciadas algumas limitações.

Em primeiro lugar, o seu desenho transversal impede o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis, nomeadamente entre a QV e sintomas psicopatológicos. Em relação ao protocolo de avaliação, é importante referir que se optou pela escolha de instrumentos breves, de forma a não cansar os participantes durante o seu preenchimento. A amostra foi recolhida em apenas duas instituições impedindo a generalização dos resultados a outros indivíduos, nomeadamente a toda a população que sofreu AVC.

Além disso, a média de idades dos participantes rondou os 66 anos e a maioria dos indivíduos tinha habilitações literárias até ao 4º ano, o que pode ter contribuído para alguns dos resultados e impactado o nível de compreensão das perguntas. A maioria dos participantes também evidenciou problemas auditivos ou visuais, levando a aplicação do protocolo em formato de entrevista, o que

pode ter contribuído para a desejabilidade social das respostas e, consequentemente, ao enviesamento dos resultados.

Recomendações

Em investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam explorar questões de causalidade entre as variáveis e perceber como é que a QV é influenciada pela presença de sintomatologia psicopatológica em função da existência de uma doença crónica como o AVC. Recomenda-se que futuras investigações utilizem instrumentos adicionais e amostras maiores, a fim de aumentar a confiabilidade da análise dos dados estatísticos. Outra recomendação seria a realização de estudos semelhantes em diferentes contextos internacionais. Por fim, sugere-se a inclusão de cuidadores em futuros estudos, uma vez que os mesmos provaram ser uma importante fonte de apoio sendo essencial entender as suas perspetivas, especialmente ao realizar intervenções.

Implicações Práticas

Este estudo contribui para aumentar a compreensão dos profissionais de saúde de aspetos específicos que afetam a vida destes doentes e das suas perceções quanto ao impacto do AVC nas suas vidas. A análise de clusters permite traçar e conhecer alguns perfis de modo a definir grupos de intervenção mais uniformes e, consequentemente melhorar resultados ao nível de intervenção com esta população. Neste sentido, contribui para a criação e desenvolvimento de novas intervenções tendo em conta as características e necessidades da população, bem como a

distribuição de recursos de forma a melhorar os aspetos que interferem com a QV e os sintomas psicopatológicos e a maximização dos resultados de saúde destes doentes em todos os domínios das suas vidas, destacando-se a reintegração na comunidade.

CONCLUSÃO

Atendendo à importância que assume a QV em doentes que sofreram um AVC e à alta prevalência e incidência da depressão, ansiedade e somatização nestes doentes, este estudo oferece um conhecimento dos níveis de QV e a presença de sintomas psicopatológicos nesta população tendo em conta o género e o tipo de AVC. O presente estudo evidenciou alguma influência destes dois fatores nos níveis de QV e sintomas psicopatológicos. A análise de clusters destacou o Papel Social como o fator mais importante na diferenciação da QV entre os doentes que sofreram um AVC. Desta forma, este estudo contribui para auxiliar a equipa multidisciplinar desde o diagnóstico, tratamento até às orientações para o paciente, familiares ou cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. 2006 [cited 2021 Dec 4]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
2. World Stroke Organization. Annual report 2021. 2022 [cited 2022 June 11]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf
3. Stroke Alliance For Europe. Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030. 2018 [cited 2021 Dec 4]. Available from: <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

4. Silva IF, Neves CF, Vilela AC, Bastos LM, Henriques MI. Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência* 2016; 4 (8): 103-11. doi: 10.12707/RIV15047
5. Souto CN. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. *Braz J Hea Rev* 2020; 3 (4): 8169-96. doi: 10.34119/bjhrv3n4-077
6. World Health Organization. Programme on mental health – WHOQOL: Measuring quality of life. World Health Organization; 1997.
7. Canuto MA, Nogueira LT, Araújo TM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm* 2016; 29(3): 245-52. doi: 10.1590/1982-0194201600035
8. Lourenço E, Sampaio M, Nzwalo H, Costa EI, Ramos J. Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross Sectional Community-Based Study. *Brain Sci* 2021; 11(11): 1-10. doi: 10.3390/brainsci11111509
9. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, Balen RV, Passchier J, Busschbach JJ. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovasc Dis* 2007; 23 (5-6): 401–7. doi: 10.1159/000101463
10. Sadlonova M, Wasser K, Nagel J, Weber-Krüger M, Gröschel S, Uphaus T, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression up to 12 months post-stroke: Influence of sex, age, stroke severity and atrial fibrillation - A longitudinal subanalysis of the Find-Afrandomised trial. *J Psychosom Res* 2021; 142: 1-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110353
11. Ahmed ZM, Khalil MF, Kohail AM, Eldesouky IF, Elkady A, Shuaib A. The prevalence and predictors of post-stroke depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020; 29(12): 1-7. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105315
12. Ferraz I, Norton A, Silveira C. Depressão e acidente vascular cerebral: causa ou consequência?. *ArquiMed* 2013; 27(2): 58-64.
13. Hackett ML, Anderson CS, ARCOS Study Groups. Frequency, management, and predictors of abnormal mood after stroke: the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) study, 2002 to 2003. *Stroke* 2006; 37(8): 2123–28. doi: 10.1161/01.STR.0000231387.58943.1f
14. Burton CA, Murray J, Holmes J, Astin F, Greenwood D, Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke* 2012; 8(7): 545–59. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x
15. Aragona M, Rovetta E, Pucci D, Spoto J, Villa AM. Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethn health* 2012; 17(5): 477–91. doi: 10.1080/13557858.2012.661406
16. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2015; 78(2): 116–22. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007
17. Larson SL, Clark MR, Eaton WW. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychol Med* 2004; 34(2): 211–9. doi: 10.1017/s0033291703001041

18. Jones A, O'Connell N, David AS, Chalder T. Functional Stroke Symptoms: A Narrative Review and Conceptual Model. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2020; 32(1): 14–23. doi: 10.1176/appi.neuropsych.19030075
19. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 528–33. doi: 10.1097/01.psy.0000075977.90337.e7
20. Canavarro MC, Nazaré B, Pereira M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In: Gonçalves MM; Simões MR; Almeida L, editores. *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*. Lisboa: Pactor; 2017. p. 115-130.
21. Malheiro A, Nicola A, Pereira C. 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* 2009; 5 (2): 12-24.
22. Thayer JF, Rossy LA, Ruiz-Padial E, Johnsen BH. Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27: 349–64. doi: 10.1023/A:1023922618287
23. Mark G, Smith A. Coping and its relation to gender, anxiety, depression, fatigue, cognitive difficulties and somatic symptoms. *JESBS* 2018; 25 (4): 1-22. doi: 10.9734/JESBS/2018/41894
24. Hiraga A. Gender differences and stroke outcomes. *Neuroepidemiology* 2017; 48(1-2): 61-2. doi: 10.1159/000475451
25. D'ávila LI, Rocha FC, Rios BR, Pereira SG, Piris ÁP. Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português - revisão integrativa. *Rev Psicol Saúde* 2020; 12(2): 155-68. doi: 10.20435/pssa.v0i0.922
26. World Health Organization. *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi; 2002.
27. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health* 2013; 103(5): 777–80. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056
28. Fortes AC, Neri AL. Eventos de vida e envelhecimento humano. In: Neri AL; Yassuda MS; Cachioni M, editores. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. 3. ed. Campinas: Papirus; 2004. p. 51-70.
29. Jarosławski S, Jarosławska B, Błaszczuk B, Auquier P, Toumi M. Health-related quality of life of patients after ischaemic stroke treated in a provincial hospital in Poland. *J Mark Access Health Policy* 2020; 8(1): 1-9. doi: 10.1080/20016689.2020.1775933
30. Sousa F, Rocha V, Estima C, Castro SL, Guerra MP. Cognitive deficits, social support, depression and quality of life of post-stroke patients. *AP* 2020; 38(2): 153-65. doi: 10.14417/ap.1726

Tabela 1. Estatística descritiva e análise da diferença do BSI-18 e suas subescalas devida ao género - Teste de Mann-Whitney

	Género				U	p
	Masculino (N=63)		Feminino (N=37)			
	M (DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)		
BSI-18	16.19 (9.27)	14 (11; 21)	21.81 (13.21)	19 (10.5; 29)	443	.047*
Ansiedade	5.98 (4.2)	6 (3; 9)	8.32 (5.26)	8 (3; 11)	453	.039*
Depressão	4.87 (3.95)	4 (2; 6)	7.43 (6.55)	6 (2 ;11)	405	.086
Somatização	5.33 (4.11)	5 (2; 7)	6.10 (4.47)	5 (2.5; 9.5)	1250	.545

*p < .05

Tabela 2. Estatística descritiva e análise da diferença da EQVE-AVC e seus domínios devida ao género – Teste de Mann-Whitney

	Género				U	p
	Masculino (N=63)		Feminino (N=37)			
	M(DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)		
EQVE-AVC	176.40 (39.96)	183 (149; 209)	153.05 (44.68)	148 (114.5; 193)	808	.011*
Energia	2.79 (1.55)	2 (1.3; 4.7)	2.01 (1.30)	1.7 (1; 2.5)	800	.007*
Papel Familiar	3.46 (1.27)	3.7 (2.3; 4.7)	3.19 (1.51)	3 (1.8-5)	1052.5	.415
Linguagem	4.08 (1.26)	5 (3.6; 5)	3.41 (1.27)	3.5 (2.4; 4.4)	778.5	.004*
Mobilidade	3.25 (1.54)	3.5 (1.8; 5)	2.65 (1.55)	2 (1.1-4.3)	910.5	.066
Disposição	3.79 (1.02)	4.2 (3.2; 4.4)	3.35 (1.36)	3.5 (2; 4.6)	963	.146
Personalidade	3.31 (1.40)	3 (2; 5)	3.04 (1.30)	3 (2; 4)	1040	.364
Auto-cuidados	4.50 (0.98)	5 (4.4; 5)	3.81 (1.45)	4.5 (2.4; 5)	820	.006*
Papel Social	2.75 (1.25)	2.4 (1.8; 4)	2.69 (1.37)	2.2 (1.6; 4.3)	1114.5	.715
Cap. Mental	3.21 (1.32)	3 (2; 4)	2.43 (1.52)	2 (1; 3.8)	786.5	.006*
Fun.Mem.Sup.	4.15 (1.19)	5 (3.6; 5)	4.00 (1.42)	5 (3.5; 5)	1133	.803
Visão	4.07 (1.34)	5 (3.3; 5)	3.41 (1.70)	4 (1.8; 5)	924.5	.063
Trabalho	3.33 (1.55)	3.7 (2; 5)	2.88 (1.59)	2.7 (1; 4.5)	971	.155

*p < .05

Tabela 3. Estatística descritiva e análise da diferença do BSI-18 e suas subescalas devida ao tipo de AVC - Teste Kruskal-Wallis

	Tipo de AVC						H	<i>p</i>
	Isquémico (N=66)		Hemorrágico (N=16)		AIT (N=18)			
	<i>M (DP)</i>	<i>Md (Q1; Q3)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Md (Q1; Q3)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Md (Q1; Q3)</i>		
BSI-18	18.86 (12.24)	15 (10; 26)	19.44 (8.51)	18 (13.25;25)	15.06 (8.72)	15 (9.50; 19.75)	1.78	.412
Ansiedade	7.12 (5.03)	6 (3; 10)	7.44 (4.37)	7 (4; 10.50)	5.33 (3.71)	6 (2; 9.25)	1.72	.424
Depressão	5.47 (5.37)	4 (2; 7)	8.00 (4.72)	6 (6; 11.50)	5.17 (4.62)	4 (1.75; 7)	5.94	.051
Somatização	6.27 (4.30)	5.5 (3; 9)	4.00 (3.65)	3 (1.5; 6.75)	4.56 (4.09)	4 (1.50; 6.25)	5.61	.060

Tabela 4. Estatística descritiva e análise da diferença da EQVE-AVC e suas subescalas devida ao tipo de AVC - Teste Kruskal-Wallis

	Tipo de AVC						H	p
	Isquémico (N=66)		Hemorrágico (N=16)		AIT (N=18)			
	M (DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)		
EQVE-AVC	167.97 (42.45)	173.50 (137.50; 205.25)	148.13 (37.76)	147 (131.25; 178.75)	184.44 (44.63)	205.50 (142.50; 221)	6.57	.037*
Energia	2.76 (1.54)	2 (1.5; 4.67)	1.73 (1.16)	1 (1; 2)	2.24 (1.44)	2 (1; 3.75)	7.64	.022*
Papel Familiar	3.38 (1.41)	3.67 (2; 5)	2.81 (1.19)	2.67 (2; 3.92)	3.78 (1.21)	3.83 (2.67; 5)	4.62	.099
Linguagem	3.67 (1.40)	4.3 (2.35; 5)	4.03 (1.04)	4.3 (3.45; 5)	4.26 (1.01)	5 (3.35; 5)	2.74	.255
Mobilidade	3.04 (1.52)	2.92 (1.83; 4.58)	2.60 (1.42)	2.17 (1.21; 3.83)	3.36 (1.83)	4.5 (1.17; 5)	1.91	.385
Disposição	3.60 (1.17)	3.9 (2.60; 4.40)	3.25 (1.11)	3.3 (2.3; 4.2)	4.03 (1.17)	4.3 (3.40; 5)	5.04	.080
Personalidade	3.10 (1.38)	3 (2; 4.17)	3.13 (1.25)	2.83 (2.08; 4.67)	3.69 (1.38)	4 (2; 5)	2.44	.295
Auto-cuidados	4.34 (1.08)	5 (4.2; 5)	3.81 (1.61)	4.7 (2.20; 5)	4.31 (1.28)	5 (3.9; 5)	1.72	.423
Papel Social	2.73 (1.32)	2.4 (1.6; 4.20)	1.96 (0.58)	1.8 (1.60; 2.40)	3.40 (1.29)	3.5 (2.20; 4.60)	10.19	.006*
Cap.Mental	2.89 (1.43)	3 (1.33; 4)	2.38 (1.18)	2 (1.67; 3)	3.52 (1.53)	3.5 (2.17; 5)	5.30	.071
Fun.Mem.Sup.	4.08 (1.25)	4.8 (3.55; 5)	3.86 (1.56)	4.7 (3; 5)	4.34 (1.11)	5 (4.10; 5)	1.00	.608
Visão	3.70 (1.55)	4.67 (2; 5)	3.67 (1.61)	4.33 (1.75; 5)	4.44 (1.14)	5 (4.25; 5)	3.33	.189
Trabalho	3.38 (1.59)	3.67 (2; 5)	2.27 (1.32)	2 (1; 3.50)	3.19 (1.50)	3.17 (2; 5)	6.50	.039*

*p < .05

Tabela 5. Análise de clusters

Variável	Cluster 1 N=49	Cluster 2 N=51	IPR	Estatística	p^1
Papel Social			1.00	241.0	<.001
<i>M (DP)</i>	18.18 (5.55)	9.25 (3.61)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	20 (13; 23)	9 (7; 11)			
Trabalho			0.80	368.5	<.001
<i>M (DP)</i>	12.55 (3.19)	6.57 (4.07)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	15 (11; 15)	6 (3; 9)			
Energia			0.78	328.5	<.001
<i>M (DP)</i>	10.41 (4.32)	4.73 (2.53)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	11 (6; 15)	3 (3; 6)			
Papel familiar			0.72	380.0	<.001
<i>M (DP)</i>	12.61 (2.97)	7.65 (3.50)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	14 (11; 15)	7 (4; 9)			
Mobilidade			0.67	414.0	<.001
<i>M (DP)</i>	23.80 (7.09)	12.75 (8.05)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	25 (18; 30)	11 (6; 15)			
Disposição			0.57	405.0	<.001
<i>M (DP)</i>	21.41 (4.37)	14.96 (5.40)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	22 (19.5; 25)	16 (10; 20)			
Ansiedade			0.55	2045.0	<.001
<i>M (DP)</i>	4.24 (3.36)	9.35 (4.53)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	4 (2; 6)	9 (6; 12)			
Personalidade			0.53	506.0	<.001
<i>M (DP)</i>	11.84 (3.61)	7.51 (3.36)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	12 (9; 15)	7 (5; 9)			
Cap. Mental			0.49	519.0	<.001
<i>M (DP)</i>	11.02 (3.81)	6.61 (3.63)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	12 (8; 15)	6 (3; 9)			
Depressão			0.39	1937.5	<.001
<i>M (DP)</i>	3.41 (3.08)	8.14 (5.74)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	3 (1; 5)	6 (4; 12)			
Auto-cuidados			0.35	720.0	<.001
<i>M (DP)</i>	23.92 (2.29)	18.67 (7.39)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	25 (25; 25)	22 (12; 25)			
Fun. Mem. Sup.			0.34	707.5	<.001
<i>M (DP)</i>	23.24 (3.22)	17.82 (7.47)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	25 (22; 25)	21 (12; 25)			

AVC - Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos

Sequelas, N (%)			0.30	17.49	<.001 ²
Sim	23 (34.3)	44 (65.7)			
Não	26 (78.8)	7 (21.2)			
Linguagem			0.25	764.0	<.001
<i>M (DP)</i>	21.55 (4.94)	16.86 (6.99)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	25 (18; 25)	18 (11; 25)			
Hospitalização, N (%)			0.22	17.56	<.001 ²
Não	4 (26.7)	11 (73.3)			
1-5 dias	22 (75.9)	7 (24.1)			
6-10 dias	16 (55.2)	13 (44.8)			
>10 dias	7 (25.9)	20 (74.1)			
Visão			0.20	857.0	.003
<i>M (DP)</i>	12.96 (3.80)	10.06 (5.03)			
<i>Md (Q1; Q3)</i>	15 (12; 15)	11 (5; 15)			
Tipo de AVC, N (%)			0.16	11.21	.004 ²
Isquêmico	35 (53)	31 (47)			
Hemorrágico	2 (12.5)	14 (87.5)			
AIT	12 (66.7)	6 (33.3)			

IPR: Importância preditiva relativa para os clusters; ¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste do Qui-Quadrado; Estatística: U ou χ^2

APÊNDICE

Apêndice Teórico

1.1. Doença Crônica

A WHO (2002a, 2003) definiu Doença Crônica como compreendendo todas as deficiências ou desvios da norma de acordo com uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, requerem treino especial do doente para reabilitação e, por fim, pode-se esperar que exija um longo período de supervisão, observação ou cuidado.

Este tipo de doença coloca alguns problemas de adaptação o que leva muitas das vezes a sintomas somáticos como, por exemplo, a dor bem como reações emocionais contraproducentes de ansiedade, pânico, cólera e depressão. Neste sentido, o objetivo da intervenção nestes casos é paliativo servindo não para repor o estado de saúde (Joyce-Moniz & Barros, 2005), mas sim promover o bem-estar e a QV do doente, a partir da prevenção e alívio do sofrimento quer seja físico quer seja psicológico, social e espiritual, tendo em conta a identificação precoce da doença e do tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Alves et al., 2019). Trata-se, portanto, de aprender a viver com a doença e não apenas de sobreviver à doença crônica (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Neste sentido, muitos dos indivíduos com doença crônica encontraram benefícios nas suas experiências de lidar com a doença (Algoe & Stanton, 2009), nomeadamente, maior aceitação da própria situação de vida, um fortalecimento dos laços familiares, experiência de crescimento como pessoa, afirmação de relacionamentos, uma sensação de maior empatia com os outros, priorização de objetivos, entre outros (Cassidy & Doyle, 2018).

As doenças crônicas nem sempre são passíveis de cura, mas existem diversos tratamentos sistematizados possíveis para normalizar a doença, o que obriga ao doente integrar as suas rotinas no quotidiano dos cuidados. Contudo, as rotinas mais problemáticas de implementar são as que requerem uma mudança de hábitos estabelecidos e contraproducentes para a estabilização da doença, o que implica a adoção urgente de medidas promotoras da saúde assim como medidas de prevenção (George & Gomes, 2011; Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Existem vários fatores de risco comuns responsáveis pela maioria das doenças crônicas. Existem dois tipos de fatores de risco: fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Quanto aos fatores de risco não modificáveis destacam-se a idade e a hereditariedade. Quanto aos fatores de risco modificáveis realçam-se o tabagismo, o alcoolismo, a má alimentação e a inatividade física (Bourbon et al., 2019; WHO, 2005). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2018), 41% do total de anos de vida saudável perdidos por uma morte prematura poderiam ser evitados se fossem suprimidos os principais fatores de risco modificáveis.

A WHO (2005) refere que as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. Em 2019, sete das dez principais causas de mortes foram por doenças crónicas, sendo essas sete responsáveis por 44% de todas as mortes. No entanto, todas as doenças crónicas juntas foram responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo em 2019 (WHO, 2020a). Estima-se que as mortes por doenças crónicas aumentem em todo o mundo até 2030 (Mathers & Loncar, 2005). Na Europa são responsáveis por 80% da mortalidade (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Mais especificamente em Portugal, de acordo com um estudo realizado em 2015 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) acerca da doença crónica, verificou-se que mais de metade dos portugueses (57,8%) na faixa etária analisada (entre os 25 e os 74 anos), correspondendo a 3.9 milhões de portugueses, referiu ter pelo menos uma doença crónica, sendo mais frequente nas mulheres com menos escolaridade e no grupo etário entre os 65 e 74 anos (INSA, 2015).

1.2. Acidente Vascular Cerebral

1.2.1. Definição de Acidente Vascular Cerebral

O AVC é uma doença neurológica enquadrando-se num grupo patológico mais vasto, designado por grupo das doenças cerebrovasculares (DGS, 2017a). É uma perturbação da função cerebral em que existe uma obstrução ou hemorragia de uma artéria que irriga as várias áreas dos hemisférios cerebrais ou tronco cerebral (Abbott et al., 2017) resultando na morte de neurónios (ASA, 2019, 2020a).

De acordo com a WHO (2006), o AVC é uma doença crónica que se desenvolve rapidamente com sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral sendo de origem vascular, com duração de sintomas por mais de 24 horas. Geralmente estes sintomas são unilaterais e afetam o lado contralateral ao da lesão cerebral, possibilitando o estabelecimento da localização e extensão da lesão, devido a diferentes zonas cerebrais serem responsáveis por diferentes funções específicas (Ropper & Brown, 2005).

1.2.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral

Existem dois tipos de AVC: o Acidente Vascular Cerebral Isquémico e o Acidente Vascular Hemorrágico (ASA, 2019, 2020a). O AVC Isquémico é o tipo mais comum de AVC com uma taxa entre 75% e 85% comparativamente ao AVC Hemorrágico com cerca de 15% a 25% dos casos (Silva et al., 2016).

O AVC Isquémico ocorre quando uma artéria é obstruída levando à isquémia, ou seja, existe a interrupção do fluxo sanguíneo numa artéria, por obstrução da mesma, impedindo a receção de nutrientes fundamentais e de oxigénio, nos tecidos envolventes

(Marques, 2007). Pode-se caracterizar o AVC Isquémico como: Embólico, Trombótico, Lacunar e Transitório (Cabello, 2007).

O AVC Isquémico Embólico advém de um corpo estranho ou êmbolo que se forma geralmente no coração ou nas artérias de maior diâmetro e, deste modo, desloca-se pelas artérias até ao cérebro. Já no cérebro, este coágulo obstrui um vaso sanguíneo (ASA, 2020a, 2020b; WHO, 2006). Este tipo de AVC ocorre em cerca de 20% do total de casos de AVC (Marques, 2007).

O AVC Isquémico Trombótico refere-se à formação ou desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais. Este coágulo interrompe o fluxo sanguíneo e causa então o AVC (ASA, 2020a, 2020b; WHO, 2006). Este tipo de AVC advém de dois fatores, pelo endurecimento e espessamento das artérias e pelo aumento de lípidos transportados pelo sangue, que se vão acumulando gradualmente na camada íntima da artéria obstruindo parcial ou totalmente a passagem de sangue, sendo responsável por 60% do total de AVC (Marques, 2007).

O AVC Isquémico Lacunar são enfartes muito pequenos que surgem apenas onde as arteríolas perfurantes se ramificam diretamente de grandes vasos. Este tipo de AVC origina enfartes muito pequenos, mas potencialmente muito incapacitantes (Marques, 2007). Ocorre em cerca de 10% do total de casos de AVC (Branco & Santos, 2010).

Quando a artéria dentro do cérebro ou que vai até ao cérebro é obstruída durante um curto período de tempo, com sintomas que duram geralmente minutos, pode ocorrer um Ataque ou Acidente Isquémico Transitório (AIT), também conhecido como “mini-ataque”. Posteriormente, o coágulo de sangue desintegra-se e o fluxo sanguíneo é restabelecido sem nenhum dano permanente (ASA, 2020a, 2020c). Geralmente este tipo de AVC é causado por pequenos êmbolos, êmbolos de agregados plaquetários ou hipoperfusão secundária a uma estenose crítica de uma artéria a montante (Ferro, 2013). Cerca de 12% de todos os AVC são precedidos por um AIT (ASA, 2020c), concluindo-se, de modo simplista, que um AIT poderá servir de aviso de um AVC iminente (Marques, 2007).

O AVC Hemorrágico ocorre quando um vaso sanguíneo do cérebro rompe derramando sangue dentro ou à volta do cérebro, devido sobretudo a uma elevada pressão sanguínea ou à presença de aneurismas levando a que a parede da artéria enfraqueça e se rompa. Existem dois tipos de AVC Hemorrágico, nomeadamente, o Intracerebral e o Subaracnóide (ASA, 2020a, 2020b; Marques, 2007; WHO, 2006).

O AVC Hemorrágico Intracerebral ocorre quando existe uma rutura de um vaso sanguíneo cerebral levando a que o sangue derrame no interior do cérebro. Isto leva a que as células do cérebro morram levando a que essa parte do cérebro afetada deixe de funcionar de forma correta. A causa mais comum deste tipo de AVC é a hipertensão arterial (ASA,

2020a, 2020b; WHO, 2006). Este tipo de AVC é responsável entre 10% a 20% do total de casos de AVC (An et al., 2017).

O AVC Hemorrágico Subaracnóide ocorre quando um vaso sanguíneo próximo à superfície do cérebro se rompe e o sangue se alastra para a zona entre o cérebro e o crânio (espaço subaracnóide) exercendo pressão sobre o tecido cerebral ocorrendo espasmos vasculares. Existem várias causas para este tipo de AVC, mas geralmente é devido à rutura de um aneurisma (ASA, 2020a, 2020b; WHO, 2006). Ocorre em cerca de 2% a 7% do total de casos de AVC (Maher et al., 2020).

1.2.3. Epidemiologia

O AVC é uma das principais causas de morte no mundo e, especificamente, em Portugal no ano 2019, perfazendo no total 12 097 mortes por 100 000 habitantes (WHO, 2020b). Segundo alguns dados da *World Stroke Organization*, globalmente, um em cada quatro indivíduos com mais de 25 anos terá um AVC ao longo da vida (Feigin et al, 2022) e entre 2015 e 2035 prevê-se um aumento de 34% do número de casos de AVC devido sobretudo ao envelhecimento da população sendo que na Europa o número de indivíduos a viver com AVC deverá aumentar um milhão (SAFE, 2018).

De acordo com o estudo de Figueiredo et al. (2020) indivíduos que sofreram um AVC Isquémico mostraram uma taxa de mortalidade mais baixa, bem como um maior tempo de sobrevivência inicial comparados com indivíduos que tiveram um AVC Hemorrágico. Além disso, verificaram que após três meses, o risco de mortalidade deixou de ser afetado pelo tipo de AVC. O mesmo estudo observou também que a idade foi um fator importante que influenciou a sobrevivência.

No que diz respeito à incidência, de acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2019), em 2019 o INEM registou, até ao dia 27 de outubro, 3456 casos de AVC conduzidos para a Via Verde do AVC, perfazendo uma média de 11 casos por dia. Em Portugal, estima-se que por hora, três portugueses sofrem um AVC, um dos quais não sobrevive (Correia, 2016). Neste sentido, observou-se em 2015 uma taxa de incidência anual de 1847 casos por 100 000 habitantes na população inscrita, e de 2876 casos por 100 000 na população de utentes com 35 ou mais anos de idade, nos quais em ambos os géneros se observou um aumento da incidência com a idade (Rodrigues et al., 2016). Ao fim de um ano, cerca de 30% dos doentes que tiveram um AVC acabam por morrer e 40% ficam incapacitados (SPAVC, 2016).

Quanto à prevalência, existem poucos estudos realizados em Portugal. De acordo com um estudo realizado por Sousa-Uva e Dias (2014) a prevalência de AVC estimada para a população residente em Portugal continental com telefone fixo e/ou móvel foi de 1.9%

sendo que se verificou um valor mais elevado no sexo masculino (2.6%) comparativamente ao sexo feminino (1.3%) com uma média de ocorrência de idades entre os 65 e os 74 anos.

Em suma, o AVC é um grave problema de saúde pública (Graber et al., 2019). Muito embora seja um facto que a taxa de mortalidade por AVC tenha vindo a diminuir ao longo das últimas décadas em Portugal (DGS, 2017a), a mesma mantém-se acima dos países ocidentais da União Europeia (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2019).

1.2.4. Etiologia

No que respeita à etiologia, esta difere consoante o tipo de AVC, no entanto, existem causas sobreponíveis. Segundo O´ Sullivan (2017), as causas mais comuns de AVC são os trombos, o embolismo e a hemorragia secundária ao aneurisma ou a anormalidades do desenvolvimento.

A aterosclerose é o principal fator que contribui para o AVC sendo caracterizada pela formação de uma placa com acúmulo de lipídios, fibrina, carboidratos complexos e depósitos de cálcio nas paredes das artérias que levam à redução progressiva do diâmetro das mesmas (Brannon et al., 2014). Geralmente a interrupção do fluxo sanguíneo ocorre em bifurcações, constrições, dilatação ou angulações das artérias sendo os locais mais comuns de ocorrência de lesões são na origem da artéria carótida comum ou na sua transição para a artéria cerebral média, na bifurcação principal da artéria cerebral média e na junção das artérias vertebrais com a artéria basilar (O´ Sullivan, 2017).

Segundo Ferro (2013), no AVC Isquémico existem inúmeras causas, tais como, AVC por doença ateromatosa dos grandes vasos, AVC por doença dos pequenos vasos, AVC por doença cardíaca embolígena, AVC por causas raras e AVC de causa desconhecida. Este tipo de AVC é muitas vezes resultado de um trombo, embolia ou condições que produzem baixas pressões de perfusão sistémica (O´ Sullivan, 2017). Como resultado a falta de fluxo sanguíneo cerebral priva o cérebro de oxigénio e glicose necessários, perturba o metabolismo celular e leva a lesões e morte dos tecidos (Brannon et al., 2014). O principal fator de risco para este tipo de AVC é a hipertensão arterial (ASA, 2020b).

O AVC Hemorrágico com sangramento anormal nas áreas extravasculares do cérebro é o resultado de uma rutura de um vaso cerebral ou trauma devido, sobretudo, a um aneurisma. O aneurisma tem como principal fator a presença de defeitos congénitos que produzem fraqueza na parede dos vasos sanguíneos. A hemorragia resulta num aumento das pressões intracranianas com lesão dos tecidos cerebrais e restrição do fluxo sanguíneo distal. Além disso, a hemorragia está intimamente ligada à hipertensão arterial (Brannon et al., 2014; O´ Sullivan, 2017). Quanto ao AVC Hemorrágico Intracerebral, num jovem, a maioria das vezes são causados pela rutura de arteríolas ou de uma malformação

arteriovenosa que é um aglomerado de vasos sanguíneos com formação anormal e, neste sentido, qualquer um desses vasos pode romper, acumulando sangue dentro do parênquima cerebral ou num idoso uma angiopatia amiloide. Já o AVC Hemorrágico Subaracnóide ocorre devido principalmente à ruptura de um aneurisma intracraniano que é descrito como uma bolsa cheia de sangue que sai de uma artéria em forma de balão que, conseqüentemente, se rompe e sangra no espaço entre o cérebro e o crânio (espaço subaracnóide) (ASA, 2015; Ferro, 2013).

1.2.5. Manifestações Clínicas

Quando ocorre um AVC, os sintomas e sinais variam dependendo de diferentes fatores, como a localização e extensão da lesão, dos fatores de risco do indivíduo, o intervalo de tempo entre o princípio dos primeiros sintomas e a implementação da intervenção, entre outros. Para determinados indivíduos, as sequelas podem ser reversíveis ou permanentes (Figueiredo et al., 2020; SPAVC, 2016) tendo impacto em todos os níveis das suas vidas (Silva et al., 2016; SPAVC, 2016). Cerca de um terço dos indivíduos que sobrevivem a um AVC têm alguma incapacidade, uma disfunção cognitiva após o AVC e uma saúde mental deteriorada (SAFE, 2018).

A principal característica de um AVC é o desenvolvimento súbito de um déficit neurológico podendo apresentar uma multiplicidade de sintomas de diferentes importâncias e intensidades (Marques, 2007). O AVC provoca alterações nos planos cognitivo, sensório-motor (Ministério da Saúde, 2013), comportamental (SPAVC, 2016) e emocional (ASA, 2019) e, tendo por base a área e a extensão da lesão, se esta for grave poderá causar morte súbita (Ministério da Saúde, 2013). Os sinais mais comuns de um AVC são o surgimento súbito de dificuldade em Falar, falta de Força num braço e o desvio da Face que se denominam pelos 3 F's (SPAVC, 2016). Existem outros sinais frequentes como a confusão mental, perda de capacidades motoras, sensitivas, perceptivas, de visão, da audição, da compreensão e/ou expressão da linguagem, alterações cognitivas, comportamentais, dos esfíncteres, estéticas, oro-facial, psicológicas, emocionais, sociais e nas atividades de vida diária e diminuição ou perda de consciência (ASA, 2019; Branco & Santos, 2010; Marques, 2007; Ministério da Saúde, 2013; SPAVC, 2016). Todos estes sintomas condicionam significativamente a QV do doente (Figueiredo et al., 2020; Silva et al., 2016).

No que diz respeito aos **défices motores**, estes são os que mais ocorrem após um AVC destacando-se a hemiplegia e a hemiparesia (Marques, 2007; Pais-Ribeiro, 2005). A hemiplegia é a paralisia total de uma parte do corpo (Martins, 2006) e a hemiparesia é a diminuição ou fraqueza da força muscular (Trindade et al., 2011). Estes défices levam

muitas das vezes o indivíduo de um estado de independência para um grau de dependência dado que uma das características essenciais da nossa independência como seres humanos é a mobilidade (Trindade et al., 2011).

Dos **défices sensitivos** destacam-se a hemipostesia que é a perda de sensação do lado afetado do corpo, parestesias (sensibilidade aumentada), sensação de peso, dormência, formigueiro (Marques, 2007), alterações propriocetivas que conduzem a distúrbios na imagem corporal e em alguns casos a dificuldade do próprio doente em reconhecer-se a si e aos vários objetos a que se denomina de agnosia (Branco & Santos, 2010). A agnosia pode ser visual, auditiva ou tátil (Martins, 2006). Os doentes que não apresentam qualquer tipo de défice sensitivo têm uma hospitalização mais curta em comparação com os doentes que apresentam estes défices (Marques, 2007).

No que toca às **alterações percetivas** as mais frequentes no AVC são: a posição no espaço, constância da forma, figura de fundo, perceção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica (Branco & Santos, 2010). Destaca-se a apraxia que consiste na incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem aparentemente preservadas (Martins, 2006). Manifesta-se de várias formas como, apraxia ideomotora (gestos), apraxia ideativa (tarefa), apraxia do vestir (incapaz de realizar tarefas funcionais do ato de vestir), apraxia construtiva (incapaz de construir modelos de duas ou três dimensões), apraxia estrutural (ilusão da redução do tempo), entre outras (Dalgarrondo, 2019).

As lesões vasculares cerebrais podem causar **alterações da visão** realçando a hemianopsia, diplopia (visão dupla) e a ptose (descaimento da pálpebra superior) (Marques, 2007). A hemianopsia homónima é o distúrbio visual mais comum em que existe perda visual em metade do campo visual de cada olho (Branco & Santos, 2010; Martins, 2006). Estas alterações podem interferir com a capacidade de o doente readquirir outras capacidades perdidas, como as capacidades motoras (Marques, 2007).

As **alterações auditivas** nos doentes com AVC, parecem ser comuns (Marques, 2007), destacando-se a diminuição de acuidade auditiva e como consequência uma perceção linguística distorcida e hipersensibilidade ao som (Branco & Santos, 2010). No entanto, pensa-se que estas alterações possam ter-se instalado antes do AVC. Estas deficiências podem ocorrer ao nível das estruturas auditivas levando a várias alterações neuro-sensoriais, da função vestibular e do equilíbrio (Marques, 2007) sendo que estas alterações podem impedir e afetar tanto o processo de avaliação quanto de reabilitação da fala, uma vez que, diversas capacidades linguísticas dependem da perceção auditiva periférica e central (Onoue et al., 2014).

As **alterações de linguagem** são mais frequentes em doentes que sofreram um AVC cuja lesão envolve a artéria cerebral média e o hemisfério esquerdo, porque em 99%

dos indivíduos destros a função da linguagem é nesse local. As perturbações da linguagem mais frequentes são: a afasia e a disartria (Marques, 2007). A afasia é um distúrbio complexo, alterando o uso e a interpretação da linguagem que pode comprometer a fala, a leitura, a escrita e a compreensão da linguagem (Correia et al., 2014). A classificação das afasias faz-se tendo em conta a fluência, a repetição, a compreensão e a nomeação. Baseando-nos nestes critérios, podemos ver que as afasias mais referenciadas são: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia Motora Transcortical, Afasia Sensitiva Transcortical e Afasia de Condução (Dalgalarondo, 2019). Por seu lado, a disartria é caracterizada como sendo uma perturbação da articulação ou pronúncia das palavras por interferência de mecanismos da fala periféricos (músculos, palato, faringe, lábios) (Branco & Santos, 2010; Martins, 2006). A linguagem é a forma mais usual de comunicação, pelo que o seu comprometimento altera substancialmente as relações do indivíduo, podendo levar consequentemente a situações de angústia, depressão e isolamento devido às dificuldades de interação com o meio envolvente (Arruda et al., 2014; Barbosa et al., 2011).

Os **problemas comportamentais** como a distratibilidade, irritabilidade, impulsividade, sonolência, anosognosia e problemas sexuais podem ter um grande impacto no estado emocional do doente (Martins, 2006) bem como, ausência de iniciativa, diminuição do interesse e negativismo (Branco & Santos, 2010).

Os **problemas de eliminação** são frequentes nesta população. Neste sentido, podem surgir alterações ao nível da enervação da bexiga levando à incontinência quando as zonas cerebrais afetadas são muito extensas e, a par deste problema, pode surgir incontinência fecal em casos de dano cerebral extenso ou bilateral (Branco & Santos, 2010; Marques, 2007). Estes tipos de alterações podem estar associados a outras alterações como alterações cognitivas, emocionais e incapacidade de comunicação do doente (Martins, 2006).

No que diz respeito às **alterações cognitivas**, nomeadamente, a capacidade de aprendizagem, a memória, o pensamento, a atenção, a concentração e as funções executivas, podem surgir prejudicadas nos doentes que sofreram AVC. Estas alterações, principalmente a nível da memória, da atenção e concentração são consideradas comuns em doentes com AVC (Marques, 2007) e tem que se ter em atenção estas alterações de modo a iniciar-se a recuperação cognitiva o mais rapidamente possível (Cabello, 2007).

As **alterações estéticas** abrangem as alterações físicas que podem interferir e perturbar as relações sociais do indivíduo, tal como as paresias faciais, hemiparesias ou hemiplegias (Marques, 2007).

Quanto às **alterações oro-faciais** destaca-se a disfagia que é a dificuldade de deglutição por alterações da coordenação neuromuscular e relaciona-se com a

incapacidade de beber, comer, mastigar, engolir e a inconsistência dos alimentos. Esta alteração afeta cerca de 10% dos indivíduos que sofreram um AVC (Branco & Santos, 2010).

Como consequência destas alterações físicas e cognitivas que são consequência direta da lesão, referidas anteriormente, há mudanças no estilo de vida dos doentes e **alterações psicológicas** a nível emocional, destacando-se a ansiedade, a depressão e variáveis de auto-referência, tais como, autoeficácia, autoconceito e auto-estima e de suporte social, que pode afetar o desempenho do doente na recuperação repercutindo fortemente na QV do mesmo (Pais-Ribeiro, 2005). Hackett e Anderson (2005) demonstraram através de uma revisão sistemática, que a depressão é a complicação neuropsiquiátrica após AVC mais frequente (frequência geral de 33%) e a que está associada a pior prognóstico.

A par de todas estas alterações surgem também **alterações sociais** no qual o indivíduo sente-se incapaz em participar e manter relações sociais habituais. Muitas das vezes essas relações tornam-se limitadas estabelecendo apenas relações de confiança com pessoas próximas como pais, filhos ou cônjuge. Para além destas alterações surge também incapacidade em desempenhar funções familiares como, por exemplo, atividades domésticas ou funções parentais. Acresce-se igualmente a **dificuldade nas atividades de vida diária** como as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente (Marques, 2007).

1.2.6. Fatores de Risco

O AVC é uma doença multifatorial em que uma variedade de fatores de risco, influencia a probabilidade futura de um indivíduo ter um AVC (Ferro, 2013; WHO, 2006). É de considerar que quanto maior o número de fatores de risco presentes ou quanto maior for o grau de anormalidade de fatores de risco, maior será a probabilidade de risco de ocorrência de um AVC (Marques, 2007). Existem fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis. Os primeiros dizem respeito aos fatores que podem ser minimizados apresentando menor risco de AVC a partir da adoção de uma vida saudável e tratamento de modo a controlar os mesmos. Neste tipo de fator de risco de AVC destaca-se o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial, a dieta, o tabagismo, o alcoolismo, a fibrilhação auricular e a diabetes *mellitus*. Os segundos não são suscetíveis de qualquer tipo de intervenção no qual se destacam os fatores genéticos individuais, a hereditariedade, a idade, a etnia e o género (SPAVC, 2016).

De acordo com o estudo INTERSTROKE, existem dez fatores de risco que estão associados a 90% do risco global de AVC, cinco dos quais representam 80% do risco, são eles: hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, dieta e falta de atividade física regular. A

hipertensão arterial foi considerada o principal fator de risco para todos os tipos de AVC (Zeng et al., 2017) sendo que um em cada três portugueses sofre desta doença (SPAVC, 2016), bem como a idade no qual existe um aumento de incidência e da mortalidade com a idade (Ferro, 2013).

1.2.7. Prognóstico

No que diz respeito ao prognóstico, pouco se sabe, muito embora haja investigação nesta temática, ainda existem algumas lacunas no que se refere à longevidade atingida pelos indivíduos que tenham sofrido AVC (Figueiredo et al., 2020).

O prognóstico funcional ou recuperação das funções modificadas pela lesão cerebral depende do tipo, extensão e gravidade da lesão (Pais-Ribeiro, 2005). Segundo Simón (1991 as cited in Pais-Ribeiro, 2005), o prognóstico é mais grave em caso de hemorragia do que de isquemia. Um outro aspeto a considerar no prognóstico é a idade do doente, uma vez que, o cérebro de um jovem tem maior adaptabilidade funcional, logo maior potencial de recuperação.

De acordo com Anderson (1992 as cited in Pais-Ribeiro, 2005), 23% dos sujeitos que sofreram um AVC morrem nos sete dias seguintes, 31% nas três semanas seguintes, 48% antes do final do primeiro ano após o AVC e independentemente do tratamento, cerca de um terço dos doentes morre por causa do AVC e a maioria morre cedo. O mesmo autor afirma que quanto mais jovem é o doente maior é a probabilidade de sobreviver, assim como os casados também têm maior probabilidade de sobreviver enquanto os doentes que têm maior dependência económica sofrem deterioração mais rápida. A recuperação segue uma curva ascendente entre os três e os seis meses, no qual se alcança cerca de 85% a 90% da recuperação possível entre os 12 e os 18 meses e a partir deste período de tempo a possibilidade de melhorar diminui (Pais-Ribeiro, 2005).

1.2.8. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção

Tendo em conta os valores apresentados em cima, é fulcral promover ações voltadas para a vigilância da saúde de indivíduos que tiveram um AVC, tanto com o intuito de reabilitação quanto de prevenção e promoção da saúde, de modo a aumentar a QV da população. Estas informações sustentam a importância dos cuidados à pessoa (Ministério da Saúde, 2013).

1.2.8.1. Diagnóstico

Deve-se considerar todos os AVC como uma emergência (Mosley et al., 2013), uma vez que, todos os minutos contam para a sobrevivência de um elevado número de neurónios, daí a ideia de que “tempo é cérebro” (Hill & Hachinski, 1998). Para impedir este fenómeno irreversível que pode levar a vários défices com vários graus de gravidade e com algum sofrimento e custos, é fulcral um sistema em que o principal objetivo é a luta contra o tempo (DGS, 2017b). Neste sentido, com esta dinâmica criaram-se as unidades de AVC em 2003 (Oliveira, 2012), tendo por base as orientações nas Conferências Helsingborg de 1995 e 2006 onde especificaram qual era o melhor local para tratar uma pessoa com AVC (Kjellström et al., 2007). São vários os benefícios associados ao aparecimento destas unidades, tais como, a redução das complicações, melhor prognóstico funcional e menor tempo no hospital (Oliveira, 2012).

Uma das estratégias adotadas nas fases pré, intra e inter-hospitalar foi o programa Via Verde do AVC que tem como objetivo o diagnóstico preciso e atempado para um tratamento adequado tendo por base o plano de emergência pré e intra-hospitalar e o alerta da população para os principais sintomas do AVC (DGS, 2017b). A Via Verde do AVC é ativada se os sintomas começaram a menos de três horas, o doente tem menos de 85 anos de idade e não era dependente anteriormente. Posteriormente, uma ambulância chega à vítima, que recebe cuidados pré-hospitalares e é transportada para o local ou unidade de AVC disponível mais próxima (Melo & Ferro, 2003). Os sinais de alerta para o AVC foram adotados para Portugal e difundidos pela Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC) a partir do protocolo de Cincinnati (FAST: *Face drooping, Arm weakness, Speech difficulty, Time to call 911*). Neste sentido, ficou estabelecido que o surgimento súbito de dificuldade em falar, falta de força num braço e boca ao lado deve-se contactar de imediato o Instituto Nacional de Emergência Médica de modo a ativar a Via Verde (SPAVC, 2016).

Após a ativação da Via Verde, a mesma envia o doente para uma urgência hospitalar, de um hospital que apresente uma Unidade de AVC (Ferro, 2013). Posteriormente, é necessário confirmar o diagnóstico de AVC. O diagnóstico clínico é dirigido através de uma anamnese e exame físico, confirmando um défice focal ou total com ou sem distúrbio de consciência e de início súbito, agudo ou progressivo. Além disso, é fulcral o diagnóstico diferencial de outras doenças que possam apresentar sintomas semelhantes a esta doença (Ministério da Saúde, 2013).

Este diagnóstico, tal como referido, realiza-se a partir de uma avaliação clínica, neurológica e monitorização e meios complementares de diagnóstico. Neste sentido, este diagnóstico pode ser feito através, por exemplo, de um estudo de neuroimagem como a tomografia computadorizada do crânio, angiografia, angioressonância ou angiotomografia. Podem ser também feitos outros exames complementares na urgência como um

eletrocardiograma, exames laboratoriais como hemograma, glicemia e, se houver perspectiva de trombólise, tempo parcial de tromboplastina ativada, atividade de protrombina e tipagem sanguínea (DGS, 2017b; Ministério da Saúde, 2013). É de realçar que a maioria dos exames não têm como objetivo ver o que o doente tem, mas sim verificar o que o mesmo perdeu (Marques, 2007). Contudo, deve ser considerado no diagnóstico diferencial enquanto não se realiza nenhum exame, algumas características de AVC Hemorrágico, tais como, início em atividade, cefaleia, vômitos, pressão arterial muito elevada na admissão e perturbação precoce da vigília (Ferro, 2013).

Existem evidências científicas que o AVC é prevenível, tratável e controlável, e existe possibilidade de diminuir o peso do AVC na vida dos indivíduos, o que inclui uma minimização das suas consequências a longo prazo (SAFE, 2018).

1.2.8.2. Tratamento

Quanto ao tratamento, este deve ser feito através de uma equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2013) através de tratamentos medicamentosos e procedimentos terapêuticos (Marques, 2007) como a Fibrinólise e procedimentos Endovasculares para o AVC Isquémico. A Fibrinólise é realizada por via intravenosa no qual é injetado uma substância que vai desfazendo o trombo lentamente. Deve ser administrado num período máximo de três horas após o início dos sintomas de AVC. Se após este tratamento não existir resultados eficazes é realizado uma Trombectomia Mecânica no qual o trombo é retirado da artéria mecanicamente através de uma intervenção endovascular. Esta intervenção deve ser realizada num período máximo de 6 a 24 horas após o início de sintomas de AVC. É de realçar que em alguns doentes apenas se utiliza a fibrinólise, noutros há a implementação dos dois tratamentos enquanto nalguns existe contra-indicação para fibrinólise implementando apenas a trombectomia (ASA, 2019, 2020b; SPAVC, 2016).

Quanto ao AVC Hemorrágico é realizada uma intervenção no qual é introduzido um cateter com uma câmara numa das artérias do braço ou perna até ao cérebro onde se localiza a hemorragia. A câmara serve para localizar detalhadamente a área de hemorragia e ajuda a solucionar o problema e, neste sentido, é depositado um mecanismo que impede que se produza mais ruturas. Para além desta intervenção existe a cirurgia que é mais invasiva e que consiste na evacuação do hematoma (ASA, 2015, 2019; Ferro, 2013).

Após um AVC é necessário garantir que o doente restaura as suas funções que tinha antes da doença fazendo algumas adaptações de modo a recuperar a sua vida social, familiar e profissional. Neste sentido, é fundamental a reabilitação tanto a nível motor, como cognitivo prestando ao indivíduo um melhor nível de independência possível e voltar à sua vida normal (ASA, 2019; SPAVC, 2016). A recuperação visa as áreas afetadas devendo

começar o mais breve possível (Pais-Ribeiro, 2005). Atualmente, existem poucos estudos que confirmem qual o melhor método de reabilitação, a sua duração e intensidade (Ferro, 2013). Contudo, é notório que as pessoas mais próximas a estes sujeitos têm um papel importante na manutenção e recuperação do mesmo, não esquecendo que para os familiares e todas as pessoas próximas destes doentes, a doença também tem consequências devastadoras (Pais-Ribeiro, 2005).

1.2.8.3. Prevenção

Quanto à prevenção, é essencial a sensibilização através de uma diversidade de meios de divulgação que assegurem uma grande difusão através da repetição garantido o reconhecimento (DGS, 2017b). Deste modo, se o ser humano conseguir identificar os fatores de risco modificáveis com objetivo de minimizar o risco de AVC, nesse caso terá um papel crucial na prevenção do AVC a partir do controlo desses mesmos fatores de risco e a adoção de um estilo de vida saudável (ASA, 2019; SPAVC, 2016).

Existem várias abordagens eficazes para a prevenção do AVC que incluem abordagens baseadas na população, por exemplo, proibição de fumar, abordagens baseadas nos indivíduos como exemplo a polipílula e combinações dessas mesmas abordagens como o uso de tecnologia móvel e a redução de sal. Estas abordagens podem ser consideradas primordiais, primárias e secundárias. As estratégias de prevenção primordiais são as mais generalizáveis e previnem o surgimento de fatores de risco numa perspetiva de curso de vida que incorpora a análise e a melhoria das condições sociais e biológicas ao longo da vida dos indivíduos. As estratégias de prevenção primária são voltadas principalmente para melhorar o perfil de fatores de risco de indivíduos que não têm história de AVC com o objetivo de prevenir um primeiro evento. Quanto às estratégias de prevenção secundária são as mais direcionadas sendo utilizadas após um indivíduo ter sofrido um AVC, com o objetivo de prevenir a recorrência de um outro AVC (Boehme et al., 2017; Pandian et al., 2018).

1.3. Qualidade de Vida

1.3.1. Definição

Ao estudar um determinado constructo, surge a necessidade de iniciar a sua explicação recorrendo aos seus aspetos históricos e à sua definição. Quanto ao conceito Qualidade de Vida (QV), existem evidências de que o mesmo surgiu pela primeira vez na literatura médica por volta da década de trinta (Seidl & Zannon, 2004). Todavia, por alguns anos o termo foi esquecido reaparecendo quando o presidente dos Estados Unidos, Lyndon

Johnson, em 1964, declarou que o bem-estar da população não poderia ser medido através do balanço dos bancos, mas através da QV que era proporcionada às pessoas (Fleck et al., 1999). As investigações sobre a QV iniciaram-se no final da década de 60 sendo a partir dessa década que começou a existir uma preocupação científica na utilização desta expressão (Pereira et al., 2012). Neste sentido, a partir da década de 70 reaparece o conceito com o desenvolvimento da medicina, o aumento da esperança média de vida e a procura constante por uma vida de melhor qualidade (Souto, 2020).

Atualmente, é uma ideia amplamente difundida na sociedade, correndo o risco de uma banalização pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista (Almeida & Gutierrez, 2010), além disso, é muito discutido por ser muito subjetivo e multidimensional (Seidl & Zannon, 2004). Assim, considera a perceção da pessoa no que diz respeito à sua situação pessoal tendo em conta cada uma das dimensões fulcrais ao ser humano relacionadas à QV como as dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais ou espirituais de modo a que cada um interpreta de maneira diferente e individual (The WHOQOL Group, 1995). Por ser um conceito pessoal e inconstante é difícil considera-lo de forma única para todos (Souto, 2020). É também um constructo interdisciplinar uma vez que contribuem diversas áreas do conhecimento numa constante inter-relação (Almeida et al., 2012) apresentando dimensões quer positivas como a funcionalidade quer negativas como a dor (The WHOQOL Group, 1995). Quanto ao número de dimensões e componentes da QV, as mesmas são variáveis, dependendo, quer dos objetivos quer do nível de análise que se pretende realizar no estudo, e a conceção subjacente (Gomes et al., 2009).

Devido a esta subjetividade, multidimensionalidade e multidisciplinariedade existe uma falta de consenso na sua definição, dado existir múltiplas impressões conceituais e diferentes abordagens, não havendo um único conceito que seja amplamente aceite por todos (Pereira et al., 2012; Souto, 2020).

De acordo com Farquhar (1995), as várias definições presentes na literatura sobre QV podem ser agrupadas em quatro tipos formando então uma taxonomia de definições, são elas: definições globais, definições com base em componentes, definições focalizadas e definições combinadas. As definições globais são as primeiras que surgem na literatura e em maior frequência prevalecendo até à década de 80 sem qualquer operacionalização do conceito. São gerais e não abordam quaisquer dimensões do constructo centrando-se na avaliação de satisfação e insatisfação com a vida. Posteriormente à década de 80, surgem as definições com base em componentes em que dividem o conceito global em diversas componentes ou dimensões permitindo estudos empíricos através da operacionalização do conceito. As definições focalizadas apresentam dimensões específicas relacionadas a capacidades funcionais ou de saúde como, por exemplo, qualidade de vida relacionada à saúde. E, por fim, as definições combinadas que englobam várias características das

definições globais e focalizadas. Neste sentido, abrange o conceito tanto em termos globais como de diversas componentes ligadas à QV (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004).

Existem, portanto, inúmeras definições de QV que se podem encontrar na literatura tendo como exemplos as seguintes definições de vários autores.

Para Nahas (2017, p. 15), a QV é a “condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

De acordo com Minayo et al. (2000, p.7), 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”.

Para Vilarta (2004, p.10) a QV “estrutura-se por aspetos relativos à subjetividade da pessoa, como ela sente, vive, se relaciona na sociedade e consigo própria. Também valoriza os aspetos das condições materiais e culturais de seu ambiente: a saúde, a educação, a moradia e o trabalho, entre outras”.

Outros autores sugerem que os estudos sobre o tema QV podem ser abordados de acordo com quatro perspetivas: socioeconómica, biomédica, psicológica e geral ou holística (Almeida & Gutierrez, 2010; Pereira et al., 2012).

Atualmente as definições mais aceites do termo “qualidade de vida” procuram dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas abordagens gerais ou holísticas (Pereira et al., 2012). O principal exemplo que pode ser citado é a definição sugerida pela WHO (1997, p.1) como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sendo um termo amplo influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e fatores ambientais.

Existe um outro conceito que surge em vários artigos que define QV como sinónimo de Saúde, principalmente na linguagem quotidiana (Pereira et al., 2012). Contudo, QV é um conceito mais abrangente do que o de Saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela (Seidl & Zannon, 2004). O mesmo autor considera que tal conceito é um dos domínios fundamentais, possivelmente o mais importante, para a QV. O conceito de saúde tem relação direta com o conceito de QV, uma vez que, saúde não é apenas a ausência de doença e sim um bem-estar físico, mental e espiritual. Neste sentido, a QV é um conceito muito amplo, relacionado à expectativa e ao bem-estar (Souto, 2020).

No contexto dos cuidados de saúde é utilizado preferencialmente o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), atendendo a que o foco está centrado na saúde. Este conceito leva-nos a ver o doente numa perspetiva holística, isto é, a ter em conta não só as

suas queixas e aquilo de que sofre, mas também a ponderar em que medida a sua doença se repercute a nível físico, mental e social (Seidl & Zannon, 2004). Este conceito pode ter dois sentidos diferentes: geral para o sistema de cuidados de saúde e específico para cada uma das doenças (Rôla et al., 2018). Segundo Patrick e Erickson (1993 as cited in Megari, 2013, p. 141), a QVRS “é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde”.

A forma como a QV é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses de cada abordagem, já referenciados em cima (Almeida & Gutierrez, 2010). Dependendo de tal interesse o conceito pode ser abordado como sinónimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida (Nahas, 2017) e os seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspetos da vida (Almeida & Gutierrez, 2010).

Os níveis de QV são apresentados por indicadores objetivos e subjetivos. Os indicadores objetivos permitem analisar a realidade tendo por base elementos quantificáveis e concretos, que podem ser transformados pela ação humana como, por exemplo, as necessidades de garantia de sobrevivência como a alimentação, o acesso à saúde, trabalho, lazer, entre outros. Os indicadores subjetivos também tentam explorar questões de ordem concreta, porém com variáveis históricas, sociais, culturais e de interpretação individual sobre as condições de bens materiais e de serviços do sujeito como, por exemplo, emoções, expectativas e possibilidades dos indivíduos ou grupos em relação às suas realizações, e à perceção que têm da sua própria vida incluindo questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza (Almeida et al., 2012).

Esta noção de QV é um constructo cultural que necessita, constantemente, ser revisto, discutido e transformado tendo em conta o avanço do conhecimento e da sociedade (Pereira et al., 2012).

1.3.2. Avaliação

Avaliar a QV torna-se complicado pelo facto de não haver uma definição universalmente aceite (Azevedo et al., 2013; Souto, 2020). A avaliação da QV e o reconhecimento de que a sua avaliação deve integrar a perspetiva do paciente tem sido amplamente considerada ao invés da opinião de um profissional de saúde ou de um familiar (Seidl & Zannon, 2004; The WHOQOL Group, 1996; Williams et al., 1999).

A avaliação da QV auxilia em variadíssimas componentes, tais como, visualizar o quão seriamente a doença está interferindo com o normal funcionamento e afetando o desempenho dos papéis sociais do sujeito, diferenciar o que está a causar *stress* no mesmo,

determinar as razões para a baixa eficácia do tratamento, encontrar o máximo de métodos eficazes de tratamento para um determinado doente, ter uma série de benefícios económicos tangíveis, (Owczarek, 2010), permitir o conhecimento do impacto da doença nas atividades de vida diárias, entre outras (Silva et al., 2016).

Existem alguns fatores que influenciam a avaliação da QV como o género, a idade, os hábitos prejudiciais à saúde, o estado civil, o estatuto socioeconómico, o suporte familiar/social, entre outros (Azevedo et al., 2013).

1.3.3. Qualidade de Vida após AVC

Os indivíduos que sobrevivem a um AVC têm frequentemente sequelas permanentes quer sejam físicas quer sejam psicológicas tornando-se cada vez mais dependentes, com necessidades de apoio contínuas o que resulta num grande impacto nas suas vidas e na vida dos seus familiares. Com esta dependência surgem alterações a nível social, expressas pelo isolamento, alterações económicas e alterações emocionais que levam à diminuição da QV destas pessoas (Clarke et al., 2000; Silva et al., 2016).

É, pois, verificado que as limitações físicas são determinantes da diminuição da QV (Rangel et al., 2013) uma vez que estão altamente associados à autonomia ou dependência de cuidadores (Lourenço et al., 2021). Contudo, foi demonstrado em alguns estudos com indivíduos com AVC que tenham alterações físicas mínimas ou que não tenham quaisquer alterações físicas que ainda experienciam uma diminuição da QV, uma vez que, existem outros fatores que contribuem para QV como as estratégias de *coping* utilizadas (Darlington et al., 2007).

Alguns fatores têm demonstrado contribuir para essa diminuição da QV incluindo o grau de dependência do cuidador, o número de AVC, o nível de escolaridade, o género, o número de pessoas dependentes da renda (Rangel et al., 2013), o avançar da idade, a severidade ao nível funcional, a falta de suporte social, a incapacidade de regressar ao trabalho, o compromisso cognitivo, a presença de problemas de saúde associados (Saladin, 2000), perda ou diminuição na linguagem, entre outros (Muus & Ringsberg, 2005). Um outro fator relacionado com o compromisso da recuperação funcional e a diminuição da QV é a depressão verificada em 23 a 41% dos doentes nos primeiros meses após a ocorrência do AVC e, em 33 a 48% de doentes, 3 a 5 anos após a ocorrência do mesmo (Muus & Ringsberg, 2005).

Vários estudos demonstram deterioração em diversos domínios da QV após AVC (Canuto et al., 2016) nomeadamente, mobilidade, trabalho, função do membro superior, comportamento, relação familiar, relação social e energia, sendo que durante a presença de reabilitação denotou-se alguma melhora da QV (Rangel et al., 2013).

Além disso, a atitude do indivíduo antes do surgimento da doença ou incapacidade pode alterar a própria percepção da QV depois do AVC. Neste sentido, as pessoas com o mesmo estado de saúde podem ter QV muito distintas (Pais-Ribeiro, 2004).

É de realçar que a QV tornou-se um objetivo crucial nos serviços de saúde, a partir da promoção da saúde e prevenção da doença e, neste sentido, é fundamental habilitar o ser humano para a prestação de cuidados promovendo o bem-estar físico, mental e social dos doentes e dos cuidadores, contribuindo para melhorar a QV destes sujeitos (Silva et al., 2016). Para tal, é necessário a avaliação da QV dos mesmos, todavia grande parte dos estudos que envolvem esta população utilizam instrumentos genéricos de avaliação da QV como, por exemplo, o *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)* e o *World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)* (Mota & Nicolato, 2008). Ao recorrer a estes instrumentos, é frequente não ser possível captar certas questões o que torna o instrumento menos sensível para explorar as particularidades da QV e o impacto da mesma na vida do doente com AVC (Lai et al., 2002). Tendo em conta tal desvantagem, é crucial recorrer a uma medida específica para avaliar todo o espectro da funcionalidade possibilitando uma avaliação global do indivíduo, detetando-se diferenças que são contempláveis nesta população como, por exemplo *Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)* (Williams et al., 1999).

No estudo realizado por Canuto et al. (2016) todas as dimensões avaliadas pela SS-QOL apresentaram declínio, no qual os domínios mais comprometidos foram as relações sociais e familiares e os menos foram a visão e a linguagem. Obtiveram uma média do score total de 146,84 ($\pm 36,3$). Já no estudo de Rangel et al. (2013) os domínios mais comprometidos foram a mobilidade, o trabalho, a função do membro superior, o comportamento, a relação familiar e social e a energia. Além disso, a maioria dos doentes (49.6%) apresentava dependência moderada ou severa para as atividades de vida diária e 49.7% doentes demonstravam presença de sintomas disfóricos ou depressivos.

1.4. Sintomas Psicopatológicos

Ao falarmos do tema “Sintomas Psicopatológicos” é crucial falarmos da ciência que o corresponde, à Psicopatologia. A palavra "Psicopatologia" é composta por três palavras gregas: “Psico” que advém de "psychê" que produziu "psique", "psiquismo", "psíquico" e "alma"; “Pato” que significa "pathos", que resultou em "paixão", "excesso", "passagem", "passividade", "sofrimento" e "patológico" e, “logia” que é "logos", que resultou em "lógica", "discurso", "narrativa" e "conhecimento". Neste sentido, a Psicopatologia é um discurso, um saber (logos) sobre a paixão (pathos) da mente, da alma (psychê) (Ceccarelli, 2005). Traduzido significa "patologia do espírito". A origem do termo está ligada a Jeremy

Bentham que, ao preparar uma lista das motivações humanas, reconheceu a necessidade da organização de uma *psychological pathology* (Correia & Sampaio, 2014).

A psicopatologia é representada e caracterizada como uma ciência que engloba a natureza das diretrizes relacionadas à doença mental e/ou psíquica do sujeito. Assim, esta ciência conceitua-se como vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal. Esses padrões estabelecidos de normalidade podem ser variáveis na vida do sujeito a partir de determinadas situações adversas vivenciadas, ou seja, qualquer indivíduo pode em um determinado momento da sua vida estar suscetível ou vulnerável ao surgimento de sintomas de ordem psicopatológica (Dalgalarrodo, 2019). A diferenciação entre o normal e patológico é definida por um conjunto de normas e valores referentes a uma determinada cultura, sendo esta transmitida pela família, aspectos sociais, ambientais e determinantes políticos, entre outros sistemas e instituições (Marková & Berrios, 2011).

Esta ciência inclui a psicopatologia explicativa que, de forma simplista, procura explicar as experiências descritas, de acordo com conceitos teóricos e a psicopatologia descritiva que consiste na descrição, categorização e definição objetivas de experiências anormais mencionadas pelo doente e/ou observadas no seu comportamento (Oyebode, 2018). Sendo assim, os sintomas psicopatológicos procuram compreender todos os aspectos voltados à integralidade e subjetividade do sujeito, as suas queixas e narrativas, aquilo que o sujeito experimenta e, de alguma forma, comunica a alguém (Dalgalarrodo, 2019). Neste sentido, os sintomas psicopatológicos têm, portanto, duas componentes: biológica que origina uma alteração do comportamento, e aspectos psicossociais que dizem respeito à interpretação dessa alteração pelo próprio doente e pelos outros (Correia & Sampaio, 2014).

Este tipo de sintomas leva ao conhecimento básico de dois conceitos universais, sendo, a forma como o sintoma se apresenta e o conteúdo manifestado pelo sintoma. A forma do sintoma está relacionada à estrutura básica, onde, comumente é desenvolvido semelhantemente nos diversos doentes e sociedades, por exemplo, a alucinação, o delírio, a ideia obsessiva, entre outras. Já o conteúdo do sintoma remete para as alterações estruturais do conteúdo como, por exemplo, o conteúdo relacionado à culpabilidade, religiosidade excessiva, delírio, alucinação, entre outras (Correia & Sampaio, 2014).

Os sintomas psicopatológicos têm grande prevalência na população em geral e apresentam uma preocupação global por parte de diversos investigadores sendo alvo de diversos estudos no qual o objetivo geral é compreender o impacto destes sintomas na população e, conseqüentemente a implementação de medidas que promovam uma melhoria na QV (American Psychiatric Association, 2014; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017; WHO, 2002b). Além disso, várias variáveis sociodemográficas como o gênero, a

idade, as relações familiares, nível de escolaridade, a empregabilidade, o nível socioeconómico, o estado civil, entre outras (Alver, 2011; Xu et al., 2021), desempenham um papel crucial na determinação e desenvolvimento da sintomatologia psicopatológica.

De um modo geral, os sintomas psicopatológicos são indicadores que nos permitem perceber de que forma a saúde mental é afetada negativamente, servindo ainda de diagnóstico para as perturbações mentais (Alver, 2011).

Em Portugal, as perturbações mentais afetam mais de um quinto da população portuguesa, destacando os valores mais altos para perturbações da ansiedade (16.5%) e perturbações da depressão (7.9%). A par destas perturbações mentais comuns, que em Portugal têm uma elevada prevalência anual (22.9%) e ao longo da vida (42.7%), os valores estimados para a prevalência de vida destas mesmas perturbações apresentam um padrão semelhante (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). Globalmente, é estimado que 4.4% da população global sofra de perturbação depressiva e 3.6% de ansiedade (WHO, 2017).

Face ao acentuado impacto negativo destas perturbações mentais, frequentemente subdiagnosticadas (D'ávila et al., 2020; Marques et al., 2014), é crucial identificar as pessoas que apresentam sintomas psicopatológicos clinicamente significativos. Esta medida fomenta a intervenção precoce, a qual se traduz na diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (WHO, 2002b). Por outro lado, a não identificação de indivíduos que apresentam risco significativo de manifestar estas perturbações não recebem o tratamento adequado, levando à exacerbação destas doenças (Henderson et al., 2013).

1.4.1. Sintomas Psicopatológicos após AVC

A presença de sintomas psicopatológicos após AVC é frequente nesta população (Buono et al., 2018) destacando-se a depressão, a ansiedade e a somatização que serão alvo de discussão no próximo tópico.

1.4.1.1. Depressão após AVC

O conhecimento da sintomatologia depressiva é particularmente crucial, dado que a depressão é uma entidade clínica nosológica com um conjunto de sintomas que afeta milhares de pessoas em todo mundo, tendo em conta os dados já expressos anteriormente (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017; WHO, 2017). Neste sentido, a depressão é principalmente caracterizada por “sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia

vital, falta de motivação e de interesse pela vida” (Canavarro, 2007, p. 306), estando associada a um pior prognóstico (Hackett & Anderson, 2005).

Nas últimas décadas, várias investigações foram feitas no que tange à prevalência de depressão após AVC, sendo consensual entre os vários estudos o desenvolvimento de sintomas depressivos, porém os resultados não são consistentes. A maioria dos estudos indica que cerca de um terço da população que sofreram um AVC desenvolve sintomas depressivos (Ahmed et al., 2020; Hackett et al., 2005; Schöttke & Giabbiconi, 2015; Towfighi et al., 2017). Outros estudos indicam outros valores como é o caso do estudo de Rangel et al. (2013) no qual referem que 49.7% dos indivíduos após AVC apresentaram sintomas depressivos. A prevalência deste tipo de sintomas após AVC altera ao longo dos estudos publicados, prendendo-se com algumas limitações metodológicas, a heterogeneidade das amostras selecionadas nos vários estudos, quanto ao tamanho, aos critérios de inclusão e de exclusão, aos grupos controlo, à diversidade relativa às variáveis sociodemográficas e ao tipo de AVC (Ferraz et al., 2013; Terroni et al., 2003).

Estes estudos referem que consoante o período de tempo após o AVC, os doentes apresentam quantitativamente e qualitativamente tipos diferentes de alterações emocionais, nomeadamente sintomatologia depressiva (Hackett & Pickles, 2014). De acordo com Ayerbe et al. (2013) a prevalência estimada da depressão no primeiro mês após AVC era de 28%, entre um e seis meses de 31%, entre seis meses e um ano de 33%, e após um ano era de 25%. Estes resultados obtidos por estes autores vão ao encontro de outros estudos anteriores, que também referem um risco superior de depressão nos primeiros meses após AVC, diminuindo o risco passado um ano.

Nos primeiros meses, os doentes confrontam-se com várias incapacidades e dependências face aos seus familiares e/ou cuidadores, manifestando sintomatologia depressiva e outras complicações psicológicas como a labilidade emocional, frustração, ressentimento, falta de cooperação, irritabilidade, sofrimento, desmotivação, falta de iniciativa, negativismo (Marques, 2007), bem como pensamentos de morte, entre outras (Paula et al., 2008).

Uma das maneiras mais eficazes de equilibrar a depressão é promover um sentimento de progresso e de melhoria nesta população. No entanto, é frequente que o indivíduo que tenha sofrido AVC apresente hostilidade para com os profissionais de saúde e os seus familiares, com o objetivo de desculpabilizar-se da responsabilidade da sua doença e como mecanismo de a tornar menos assoladora para o mesmo (Marques, 2007).

O AVC é considerado um episódio inesperado e stressante, uma vez que ameaça o senso de controlo pessoal exigindo dos doentes um grande esforço adaptativo, que é desenvolvido a partir da ativação de recursos emocionais e cognitivos que melhor se ajustem

às limitações estabelecidas pela doença, dificultando a recuperação quando existem quadros depressivos (Fortes & Neri, 2004).

No que diz respeito à **etiopatogenia da depressão após AVC**, a mesma tem sido alvo de grande discussão, propondo-se duas teorias, a Psicossocial e a Biológica (Fang & Cheng, 2009), que assentam nos seguintes pressupostos: pressupostos biológicos e fisiológicos (hereditariedade, alterações nos neurotransmissores, fatores endócrinos), psicológicos (personalidade, eventos de vida) e sociais (contexto sociofamiliar), que interagem entre si (Ruiloba, 2011).

A teoria psicossocial refere-se ao surgimento de fatores de *stress* sociais e psicológicos na vida destes indivíduos (Fang & Cheng, 2009).

A teoria biológica inclui quatro hipóteses que tentam esclarecer este tema, nomeadamente, a importância da localização da lesão, o papel dos neurotransmissores, o mecanismo de influência das citocinas inflamatórias e do polimorfismo genético (Fang & Cheng, 2009). Em relação à localização da lesão, vários estudos documentaram que as lesões no hemisfério esquerdo apresentavam maior correlação com a depressão do que as lesões no hemisfério direito (Bhogal et al., 2004; Nickel & Thomalla, 2017). Ao início a depressão era considerada uma reação psicológica expectável à incapacidade física devido ao AVC, estando associada à falta de estratégias de *coping* eficazes. No entanto, vários estudos verificaram que estes doentes apresentavam mais frequentemente depressão comparativamente a doentes com o mesmo nível de limitação física devido a problemas ortopédicos. Dado este achado, surgiu a hipótese de a lesão cerebral poder influenciar diretamente mecanismos neuronais ao nível dos gânglios da base e do sistema límbico, relacionados com o humor. Relativamente ao papel dos neurotransmissores e o mecanismo de influência das citocinas inflamatórias, surgiram duas hipóteses: a hipótese das aminas biogénicas e a hipótese das citocinas. A primeira refere que a ocorrência de uma hiporregulação serotoninérgica e monoaminérgica resulta em menor concentração de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica o que origina os sintomas depressivos. Por outro lado, a segunda hipótese pressupõe que as citocinas pró-inflamatórias podem estar envolvidas na reação inflamatória da lesão isquémica aguda, com posterior perda de neurónios, principalmente da área límbica. A ativação destas citocinas leva também a um aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do metabolismo de neurotransmissores como a dopamina, noradrenalina e serotonina, provocando os sintomas depressivos. Em relação ao polimorfismo genético, nos estudos realizados não existiu associação significativa entre a região promotora do gene transportador da serotonina e a depressão (Fang & Cheng, 2009; Ferraz et al., 2013; Vismari et al., 2008).

Nenhuma teoria por si só explica a etiopatogenia da depressão após AVC, logo a etiologia multifatorial é a hipótese mais aceita, atualmente (Fang & Cheng, 2009; Ferraz et al., 2013; Vismari et al., 2008).

Existem, portanto, vários fatores que têm sido referidos que aumentam o risco de desencadear esta sintomatologia no qual se salientam fatores relacionados à lesão como, por exemplo, a localização e a dimensão da mesma (Ferraz et al., 2013), a dor, o desconforto e os défices cognitivos relacionados ao AVC que favorecem o seu surgimento, dificultando deste modo o processo de recuperação e reabilitação (Paula et al., 2008).

Uma outra variável relacionada à prevalência de sintomatologia depressiva após AVC é o género, contudo existe grande discórdia no que se refere a esta relação por parte de vários investigadores. Existem autores que verificam não existir qualquer tipo de relação entre o género e a depressão após AVC (Ahn et al., 2015; Sadlonova et al., 2021; Volz et al., 2019) enquanto outros referem existir uma maior incidência de sintomatologia depressiva após AVC no género feminino devido ao facto que o mesmo é mais propenso a referir sintomas de depressão e mostra maior reatividade a eventos da vida stressantes em comparação com o género masculino (Mazure et al., 2014).

No que diz respeito à idade, também não existe consenso, com investigações que referem não encontrar nenhuma associação entre a idade e a depressão após AVC (Ahn et al., 2015), todavia outros referem que a idade é um fator decisivo no surgir de depressão (Sadlonova et al., 2021). Os mesmos autores indicam que quanto mais velho (mais que 75 anos), mais deprimido após AVC. Por contraste, existe também outros estudos que demonstram que a incidência de sintomatologia depressiva é maior em doentes mais novos (menos que 75 anos) (McCarthy et al., 2016).

Relativamente à escolaridade, esta variável tem sido menos explorada. Segundo Teixeira et al. (2017) e Khedr et al. (2020) nos seus estudos, existiu uma associação significativa entre depressão e o nível de escolaridade no qual constaram que a baixa escolaridade está relacionada com o maior grau de sintomas depressivos.

1.4.1.2. Ansiedade após AVC

A ansiedade é outro sintoma psicopatológico que é definido como um estado emocional ou um sentimento ansioso ou nervoso (Canavarro, 2007). Este sintoma pode ser visto tanto como um estado ou como um traço. Por outras palavras, um estado de ansiedade é algo momentâneo, numa determinada situação específica enquanto o traço de ansiedade é a “tendência que os indivíduos têm em relacionar-se com o seu meio ambiente com uma excessiva carga de ansiedade” (Correia et al., 2014, p.71).

Em termos gerais, a ansiedade é uma emoção universal e normal sendo também considerada uma resposta fundamental e adaptativa do próprio organismo ao vivenciar situações stressantes (Oyebode, 2018). De acordo com a lei Yerkes-Dodson, níveis de excitação são responsáveis pela eficácia da capacidade de um organismo de responder de forma correta e adequada a uma determinada tarefa, logo, tanto a excitação baixa quanto a excitação excessiva levam a um funcionamento e a um desempenho pobre (Yerkes & Dodson, 1908).

Por outras palavras, a ansiedade pode ser normal ou fisiológica sendo uma reação de adaptação a um evento ansiógeno. Neste sentido, a ansiedade tem como objetivo a adaptação do indivíduo à situação. Pode também surgir como consequência de perturbações médicas ou consumo de substâncias e corresponder a um sintoma psiquiátrico (Correia et al., 2014). Posto isto, em alguns casos, a ansiedade é adaptativa e vantajosa quando estimula um comportamento de proteção à saúde, sendo que uma certa quantidade é considerada uma reação normal quando o indivíduo experiencia um evento que ponha em risco a sua própria vida como, por exemplo, um AVC (Burton et al., 2012). No entanto, quando os níveis de ansiedade são exacerbados, estes estão associados à redução da QV (Donnellan et al., 2010), levam ao aumento da utilização de cuidados de saúde (Horenstein & Heimberg, 2020) e ao risco de condições de saúde incapacitantes (Brenes et al., 2005), e pode até mesmo aumentar o risco de morte (Martens et al., 2010).

Vários estudos sugerem que a ansiedade é um problema comum após AVC e que a sintomatologia ansiosa possuiu um grande impacto nesta população (Burton et al., 2012; Chun et al., 2015). No entanto, esta sintomatologia recebeu substancialmente menos atenção em relação a outros problemas psicológicos que ocorrem após o AVC nos vários estudos que já foram realizados (Hackett et al., 2006). São várias as razões atribuídas a tal facto tal como estudos epidemiológicos na população adulta no geral, sugerirem que ansiedade é incomum entre a população mais velha uma vez que aproximadamente três quartos dos doentes com AVC têm mais de 65 anos de idade (Department of health, 2007; Sadlonova et al., 2021). Além disso, esta escassez de estudos sobre a ansiedade após AVC pode estar relacionada com erros no diagnóstico, dado que os sintomas de ansiedade podem ser confundidos com sintomas relacionados com o AVC em si. Por outras palavras, vários sintomas de ansiedade como, por exemplo, problemas de sono ou fadiga, que podem fazer parte de um quadro de ansiedade, são frequentemente desvalorizados visto que são compreendidos como sintomas do próprio AVC (Burton et al., 2012; Grenier et al., 2011).

Muitos doentes com AVC referem medos substanciais como, por exemplo, medo de voltar a sofrer um AVC, medo de cair ou medo de regressar ao trabalho (Townend et al., 2006; Watanabe, 2005) que dificilmente constituirão diagnóstico de ansiedade ou

perturbação mental relacionada, mas parecem ter uma grande influência significativa sob a vida diária dos mesmos e na adaptação à nova realidade (Burton et al., 2012).

Acrescenta-se que a depressão e a ansiedade podem ocorrer em comorbilidade, fazendo com que os quadros clínicos de ansiedade sejam diagnosticados como consequência da depressão e não como uma patologia distinta. Como consequência de tal facto e em conjunto com a relevância que é atribuída ao quadro de depressão nestes doentes, os diagnósticos e as intervenções são focados para esta última perturbação psicológica, negligenciando os efeitos e sintomas da ansiedade após o AVC (Chun et al., 2015). Por contraparte, segundo estes últimos autores o estudo da ansiedade nesta população específica tem ganho terreno nas preocupações das várias instituições e associações internacionais ligadas ao AVC.

No que diz respeito à prevalência de ansiedade após AVC, os resultados não são consistentes. Num estudo realizado por Burton et al. (2012) verificou-se que 20% dos doentes após um mês terem sofrido um AVC apresentam sintomas de ansiedade, 23% de um a cinco meses e 24% após seis meses ou mais sendo que 18% tiveram perturbação de ansiedade nos primeiros cinco anos após o AVC. Estes dados não são consistentes com um estudo que demonstrou que a prevalência bem como a severidade de ansiedade após AVC tende a diminuir ao longo do tempo (Wit et al., 2008), no entanto outro estudo não relatou tais mudanças ao longo de três anos após o AVC (Morrison et al., 2005). Outro estudo refere que em 32% dos doentes que sofreram AVC apresentam sintomas de ansiedade (Ahmed et al., 2020) bem como um estudo realizado por Patel et al. (2018) que afirmam existir uma prevalência nesta população de 35% de sintomas de ansiedade. Já Schöttke e Giabbiconi (2015) apresentam uma prevalência mais baixa desta sintomatologia nesta população com cerca de 20%.

Quanto à relação entre a idade e a incidência da ansiedade após AVC, esta tem sido menos estudada. De referir que o estudo de Patel et al. (2018), não encontrou uma associação entre a idade e a incidência da ansiedade após AVC tal como noutras variáveis sociodemográficas como o género, residência, nível de educação, tipo de família e ocupação. Contudo, os mesmos autores evidenciaram que a privação socioeconómica está associada significativamente à ansiedade, bem como outras variáveis como o analfabetismo que foi quase significativamente associado a este sintoma. Pelo contrário, tal como já foi referido anteriormente, Sadlonova et al. (2021) referem que a ansiedade tende a diminuir com a idade bem como o género feminino tende a possuir maiores níveis de ansiedade. Este último dado é consistente com os estudos de Morrison et al. (2005) que referem diferenças no género quanto à regulação emocional (Thayer et al., 2003) e/ou o uso de estratégias de *coping* desadaptativas (Mark & Smith, 2018).

1.4.1.3. Somatização após AVC

Os sintomas somáticos ou a somatização consiste no “mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica” (Canavarro, 2007, p. 305) que não têm origem exclusiva numa doença física, mas sim na relação entre dificuldades psicológicas, psicossociais ou interpessoais. Existem vários sintomas comuns como dores difusas (cefaleias, lombalgias, artralguas, dores abdominais, entre outras), sintomas gastrointestinais (náuseas, diarreia, dispepsia), fadiga, distúrbios de sono e sintomas psicopatológicos inespecíficos, como ansiedade, depressão e irritabilidade sendo prevalente em adultos, principalmente mulheres, no entanto também ocorrem em crianças e idosos (Alver, 2011; Dalgarrondo, 2019; Oyebode, 2018).

Neste sentido, esta sintomatologia poderá surgir na presença de doença física assim como na ausência de qualquer doença ou condição física. Pode existir o desejo de estar no papel de doente físico a fim de obter de alguma forma ganhos. Além disso, a somatização pode ser um meio de comunicação quando a linguagem verbal está bloqueada e neste sentido, servirá como expressão de sofrimento e desconforto quando não se consegue reconhecer e verbalizar sentimentos. Indivíduos com este tipo de sintomatologia psicopatológica tendem a rejeitar a ideia de que os seus sintomas sejam de origem psicológica ou psicossocial, regressando à queixa corporal inicial (Dalgarrondo, 2019). Geralmente esta sintomatologia desenvolve-se como resposta ao stress social provocado por eventos e situações de vida stressantes vivenciados pelo indivíduo como, por exemplo, um AVC (Aragona et al., 2012). Queixas somáticas de doentes com este tipo de doença, o AVC, são comumente encontradas nos serviços de saúde (Wang et al., 2017).

Os sintomas somáticos estão muitas vezes presentes em quadro de depressão e ansiedade (Bekhuis et al., 2015), originando uma alternância entre duas teorias distintas que encaram a somatização como uma manifestação somática de mal-estar psicológico ou como uma forma mais descritiva na qual a somatização é uma experiência de mal-estar somático caracterizada por sintomas medicamente não explicados (Gucht & Fischler, 2002). A primeira perspetiva está mais centrada na psicopatologia individual enquanto a segunda privilegia uma abordagem dimensional e contextual (Quartilho, 2016).

Várias investigações foram realizadas para estudar sintomas somáticos em doentes com doença gástrica, sintomas do trato urinário ou cancro, mas raramente em doentes que sofreram AVC. Neste sentido, torna-se difícil prever a prevalência de tais sintomas nesta população, contudo, de acordo com um estudo os sintomas somáticos são muito comuns em indivíduos que sofreram um AVC uma vez que, a sua prevalência foi de 47% nesta população (Wang et al., 2017). No entanto, a maioria desses estudos no qual abordam sintomas somáticos após AVC, interliga tais sintomas com quadro clínico de depressão

(Boven et al., 2011; Berg et al., 2009) e/ou de ansiedade (Boven et al., 2011; Vansimaey et al., 2017). Segundo Bekhuis et al. (2015), existe uma forte correlação entre depressão, ansiedade e somatização, estando associadas a uma maior incapacidade, maior utilização dos cuidados de saúde e a custos mais elevados do que qualquer outra patologia separada.

Estas três sintomatologias podem, portanto, ocorrer em simultâneo podendo ser explicadas de acordo com três mecanismos (Bekhuis et al., 2015). No primeiro mecanismo, tanto a depressão como a ansiedade incitam o surgimento dos sintomas somáticos através de preocupação, de atenção e uma perceção modificada das sensações físicas (Larson et al., 2004). Com o seguimento deste mecanismo surge a segunda hipótese no qual os sintomas somáticos operam como preditores no começo de perturbações de ansiedade e de depressão como, por exemplo, o desconforto corporal e limitações físicas que tais sintomas podem levar (Jones et al., 2020). Por fim, no terceiro mecanismo, os diversos fatores partilhados em comum, como os biológicos, psicológicos e ambientais, levam ao aparecimento de depressão, ansiedade assim como sintomas somáticos de forma independente (Henningsen et al., 2003).

No que diz respeito à ansiedade, esta inclui sintomas somáticas como a dispneia ou desconforto respiratório, taquicardia, vasoconstricção ou vasodilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, entre outras (Dalgarrondo, 2019). Quanto à depressão, a mesma está associada a sintomas somáticos marcados como a tristeza vitalizada, ou seja, um doente deprimido pode referir que a sua tristeza vem de dentro do corpo, com dores no peito que o impedem de respirar, uma pressão na sua cabeça que não o deixa pensar, entre outros (Correia et al., 2014).

No que concerne às variáveis sociodemográficas, quanto ao género, vários estudos referem que as mulheres têm uma maior tendência para descrever mais sintomas de somatização, comparativamente aos homens (Stuart-Shor et al., 2009; Urbán et al., 2014). Quanto à idade existe uma correlação positiva com os sintomas somáticos (Abuín & Rivera, 2014) no qual uma revisão sistemática da literatura revelou que as taxas de prevalência foram de 11%-21% nos mais jovens, 10%-20% na meia idade (50-60 anos) e 1,5%-13% nos grupos etários mais velhos (maiores de 65 anos) (Hilderink et al., 2013). Os fatores socioeconómicos são também variáveis que influenciam os sintomas somáticos levando à diminuição da QV e o nível de saúde da população (Aragona et al., 2012).

Referências Bibliográficas

- Abbott, A. L., Silvestrini, M., Topakian, R., Golledge, J., Brunser, A. M., Gert J. B., Harbaugh, R. E., Doubal, F. N., Rundek, T., Thapar, A., Davies, A. H., Kam, A., & Wardlaw, J. M. (2017). Optimizing the definitions of stroke, transient ischemic attack, and infarction for research and application in clinical practice. *Frontiers in Neurology*, 8 (537), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00537>
- Abuín, M. R., & Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25 (2), 131-141. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.001>
- Ahmed, Z. M., Khalil, M. F., Kohail, A. M., Eldesouky, I. F., Elkady, A., & Shuaib, A. (2020). The prevalence and predictors of post-stroke depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(12), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105315>
- Ahn, D. H., Lee, Y. J., Jeong, J. H., Kim, Y. R., & Park, J. B. (2015). The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 74–80. <https://doi.org/10.5535/arm.2015.39.1.74>
- Algoe, S. B., & Stanton, A. L. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease?. In C. L. Park, S. C., Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can Crisis Lead to Personal Transformation?* (pp. 173-193). American Psychological Association.
- Almeida, M. A. B., & Gutierrez, G. L. (2010). Qualidade de Vida: discussões contemporâneas. In R. Vilarta, G. L. Gutierrez, & M. I. Monteiro (Eds.), *Qualidade de Vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI* (1st ed., pp. 73-84). Ipes.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces; com outras áreas de pesquisa*. Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP.
- Alver, B. (2011). Psychological symptoms of university students in accordance with sociodemographic features. *Eurasian Journal of Educational Research*, 43, 1-18.
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Climepsi.
- American Stroke Association [ASA]. (2015). *Let`s talk about hemorrhagic stroke*. https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/lets-talk-about-stroke/type-of-stroke/hemorrhagic-stroke-ucm_309710.pdf?la=en
- American Stroke Association [ASA]. (2019). *La vida tras un ataque cerebral: nuestro camino hacia delante*. https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/spanish-resources/life-after-stroke-guide_spanisha.pdf
- American Stroke Association [ASA]. (2020a). *Explicando el ataque o derrame cerebral*. <https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Spanish-Resources/Explaining-Stroke-2020-Spanish.pdf>
- American Stroke Association [ASA]. (2020b). *Let`s talk about ischemic stroke*. https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/lets-talk-about-stroke/type-of-stroke/ds15794_ltas_ischemicstroke_12_20.pdf?la=en
- American Stroke Association [ASA]. (2020c). *Let`s talk about stroke, TIA and warning signs*. <https://www.heart.org/-/media/stroke-files/lets-talk-about-stroke/about-stroke/lets-talk-about-stroke-tia-warning-signs.pdf?la=en>
- An, S. J., Kim, T. J., & Yoon, B. W. (2017). Epidemiology, risk factors, and clinical features of intracerebral hemorrhage: An update. *Journal of Stroke*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.5853/jos.2016.00864>
- Aragona, M., Rovetta, E., Pucci, D., Spoto, J., & Villa, A. M. (2012). Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & health*, 17(5), 477-491. <https://doi.org/10.1080/13557858.2012.661406>
- Arruda, J. S., Reis, F. P., & Fonseca, V. (2014). Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. *Revista CEFAC*, 16(3), 853-862. <https://doi.org/10.1590/1982-021620142613>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>
- Azevedo, A. L. S., Silva, R. A., Tomasi, E., & Quevedo, L. A. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de saúde pública*, 29(9), 1774-1782. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134812>

- Barbosa, A. C., Medeiros, L. S., Duarte, N., & Meneses, C. (2011). Factores predictivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 175-180.
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.007>
- Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., & Kaste, M. (2009). Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke*, 40(2), 523–529. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.527705>
- Bhogal, S. K., Teasell, R., Foley, N., & Speechley, M. (2004). Lesion location and poststroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature. *Stroke*, 35(3), 794–802. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000117237.98749.26>
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120 (3), 472-495. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Bourbon, M., Alves, A. C., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Boven, K., Lucassen, P., van Ravesteijn, H., olde Hartman, T., Bor, H., van Weel-Baumgarten, E., & van Weel, C. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *The British Journal of General Practice*, 61(587), e316–e325. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X577981>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. FORMASAU.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health psychology: an introduction to behavior and health* (8th ed.). Wadsworth Cengage Learning.
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M., & Penninx, B. W. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53007.x>
- Buono, V., Bonanno, L., Palmeri, R., Corallo, F., Parisi, S., Trinchera, A., Sessa, E., Pollicino, P., Galletti, B., Bramanti, P., & Marino, S. (2018). Relation among

- psychopathological symptoms, neuropsychological domains, and functional disability in subacute poststroke rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 1381–1385. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.12.033>
- Burton, C. A. C., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D., & Knapp, P. (2012). Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 8(7), 545–559. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x>
- Cabello, L. G. (2007). *Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus no corticales* [Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona].
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (vol. 3, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Canuto, M. A. O., Nogueira, L. T., & Araújo, T. M. E. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 245-252. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600035>
- Cassidy, T., & Doyle, I. (2018). Benefit finding and well-being in older adults: The utility of the General Benefit Finding Scale. *International Journal of Psychological Research*, 11 (2), 8-18. <https://doi.org/10.21500/20112084.3382>
- Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspetiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471-477. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Carson, A., Dennis, M., & Mead, G. E. (2015). Anxiety after stroke: time for an intervention. *International Journal of Stroke*, 10(5), 655–656. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12493>
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Carson, A. J. (2018). Anxiety After Stroke: The Importance of Subtyping. *Stroke*, 49 (3), 556-564. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020078>
- Clarke, P. J., Lawrence, J. M., & Black, S. E. (2000). Changes in quality of life over the first year after stroke: findings from the sunnybrook stroke study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 9(3), 121-127. <https://doi.org/10.1053/jscd.2000.5868>

- Correia, D. T., Guerreiro, D. F., & Barbosa, A. (2014). Semiologia psicopatológica. In D. T. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia* (2nd ed., pp. 19-94). Lidel.
- Correia, D. T., & Sampaio, D. (2014). Psicopatologia – passado, presente e futuro. In D. T. Correia (Ed.), *Manual de psicopatologia* (2nd ed., pp. 1-18). Lidel.
- Correia, M. (2016). AVC em números. In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (Ed.), *O essencial sobre Acidente Vascular cerebral (AVC) – guia prático para a população* (pp. 8). Raio X
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3rd ed.). Artmed.
- Darlington, A. S. E., Dippel, D. W. J., Ribbers, G. M., Balen, R. V., Passchier, J., & Busschbach, J. J. V. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovascular Diseases*, 23, 401–407. <https://doi.org/10.1159/000101463>
- D'ávila, L. I., Rocha, F. C., Rios, B. R. M., Pereira, S, G. S., & Piris, Á. P. (2020). Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português - revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2), 155-168. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.voio.922>
- Department of health. (2007). *National Stroke Strategy*. NHS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares* 2017. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21114/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20C%C3%A9rebro-Cardiovasculares%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b, 13 de julho). *Via verde do acidente vascular cerebral no adulto*. Norma nº 015/2017.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Institute for health metrics and evaluation.
- Donnellan, C., Hickey, A., Hevey, D., & O'Neill, D. (2010). Effect of mood symptoms on recovery one year after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1288–1295. <https://doi.org/10.1002/gps.2482>

- Fang, J., & Cheng, Q. (2009). Etiological mechanisms of post-stroke depression: a review. *Neurological Research*, 31(9), 904–909. <https://doi.org/10.1179/174313209X385752>
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandin, J., & 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>
- Ferraz, I., Norton, A., & Silveira, C. (2013). Depressão e acidente vascular cerebral: causa ou consequência?. *Arquivos de Medicina*, 27(2), 58-64.
- 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 isquêmico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGELA*, 3(1), 35-45.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, P. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Fortes, A. C. G. & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Neri, M. S. Yassuda & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (3rd ed., pp. 51-70). Papirus.
- George, F., & Gomes, S. (2011, Setembro). *Cuidados de proximidade em doenças crônicas*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas-pdf.aspx>
- Gomes, C. S., Marques, J., Pinto, M. L., Castro, E. A., Gomes, P. S., Gomes, G., & Belbute, J. (2009). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. In J. Carvalho (Ed.), *Sociedade e Território nº42, Ocupação Dispersa: Problemática, Custos e Benefícios* (pp. 137-146). Edições Afrontamento.

- Graber, M., Baptiste, L., Mohr, S., Blanc-Labarre, C., Dupont, G., Giroud, M., & Béjot, Y. (2019). A review of psychosocial factors and stroke: A new public health problem. *Revue neurologique*, 175(10), 686–692. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.02.001>
- Grenier, S., Schuurmans, J., Goldfarb, M., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K., Potvin, O., Hudon, C., & Scientific committee of the ESA study. (2011). The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. *Depression and Anxiety*, 28(6), 456–463. <https://doi.org/10.1002/da.20812>
- Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1–9. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>
- Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(10), 2296–2301. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000183622.75135.a4>
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., & Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study Groups. (2006). Frequency, management, and predictors of abnormal mood after stroke: the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) study, 2002 to 2003. *Stroke*, 37(8), 2123–2128. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000231387.58943.1f>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ij.s.12357>
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330–1340. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000165928.19135.35>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528–533. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000075977.90337.e7>

- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G., & Oude Voshaar, R. C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>
- Hill, M. D., & Hachinski. (1998). Stroke treatment: time is brain. *The Lancet*, 352 (suppl 3), 10-14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)90088-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)90088-5)
- Hobart, J. C., Williams, L. S., Moran, K., & Thompson, A. J. (2002). Quality of Life Measurement After Stroke: uses and abuses of SF-36. *Stroke*, 33 (5), 1348-1356. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000015030.59594.b3>
- Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical psychology review*, 81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2015). *Doença crónica* [infographic]. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>
- Jones, A., O'Connell, N., David, A. S., & Chalder, T. (2020). Functional Stroke Symptoms: A Narrative Review and Conceptual Model. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(1), 14–23. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19030075>
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Edições ASA.
- Khedr, E. M., Abdelrahman, A. A., Desoky, T., Zaki, A. F., & Gamea. (2020). Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients—hospital-based study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 56(66), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s41983-020-00199-8>
- Kjellström, T., Norrving, B., & Shatchkute, A. (2007). Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovascular Diseases*, 23, 229–241. <https://doi.org/10.1159/000097646>
- Lai, S. M., Studenski, S., Duncan, P. W., & Perera, S. (2002). Persisting consequences of stroke measured by the stroke impact scale. *Stroke*, 33 (7), 1840-1844. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000019289.15440.f2>

- Larson, S. L., Clark, M. R., & Eaton, W. W. (2004). Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychological Medicine*, 34(2), 211–219. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001041>
- Lourenço, E., Sampaio, M., Nzwalo, H., Costa, E. I., & Ramos, J. (2021). Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross Sectional Community-Based Study. *Brain sciences*, 11(11), 1-10. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111509>
- Maher, M., Schweizer, T. A., & McDonald, L. (2020). Treatment of spontaneous subarachnoid hemorrhage: guidelines and gaps. *Stroke*, 51(4), 1326–1332. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.025997>
- Mark, G., & Smith, A. (2018). Coping and its relation to gender, anxiety, depression, fatigue, cognitive difficulties and somatic symptoms. *Journal of Education, Society and Behavioral Science*, 25 (4), 1-22. <https://doi.org/10.9734/JESBS/2018/41894>
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (2011). Awareness and insight in psychopathology: An essential distinction?. *Theory & Psychology*, 21(4), 421–437. <https://doi.org/10.1177/0959354310375330>
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). A depressão: um risco para a qualidade de vida da pessoa idosa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 225-234.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. FORMASAU.
- Martens, E. J., Jonge, P., Na, B., Cohen, B. E., Lett, H., & Whooley, M. A. (2010). Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 750–758. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.74>
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. FORMASAU.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. *PLOS medicine*, 3(11), 1-128.

- Mazure, C. M., Weinberger, A. H., Pittman, B., Sibon, I., & Swendsen, J. (2014). Gender and stress in predicting depressive symptoms following stroke. *Cerebrovascular diseases*, 38(4), 240–246. <https://doi.org/10.1159/000365838>
- McCarthy, M. J., Sucharew, H. J., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Flaherty, M. L., Khatri, P., Ferioli, S., Adeoye, O., Kleindorfer, D. O., & Kissela, B. M. (2016). Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), 55–64. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9663-0>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1 (27), 141-148. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Melo, T. P., & Ferro, J. M. (2003). Stroke units and stroke services in Portugal. *Cerebrovascular Diseases*, 15 (suppl 1), 21-22. <https://doi.org/10.1159/000068205>
- 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.
- Morrison, V., Pollard, B., Johnston, M., & MacWalter, R. (2005). Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(4), 209–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.019>
- Mosley, I. T., Morphet, J. N., Innes, K. L., & Braitberg, G. (2013). Triage assessments and the activation of rapid care protocols for acute stroke patients. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(1), 4 - 9. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.12.002>
- Mota, J. F., & Nicolato, R. (2008). Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 148-156. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000200013>
- Muus, I., & Ringsberg, K. C. (2005). Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties. *Scandinavian Journal of*

Caring Sciences, 19(2), 140–147. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00323.x>

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.

Nickel, A., & Thomalla, G. (2017). Post-Stroke depression: impact of lesion location and methodological limitations - A topical review. *Frontiers in Neurology*, 8(498), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00498>

Oliveira, V. (2012). Acidente vascular cerebral em Portugal – o caminho para a mudança. *Acta Médica Portuguesa*, 25(5), 263-264.

Onoue, S. S., Ortiz, K. Z., Minett, T. S. C., & Borges, A. C. L. C. (2014). Achados audiológicos em pacientes afásicos após acidente vascular encefálico. *Einstein*, 12(4), 433-439. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014AO3119>

O'Sullivan, S. B. (2017). Stroke. In S. B. O'Sullivan & T. J. Schmitz (Eds.), *Physical rehabilitation* (5th ed., pp. 705-761). F. A. Davis Company.

Owczarek, K. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8 (3).

Oyebode, F. (2018). *Sims sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva* (5th ed.). Elsevier.

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)

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *A introdução à psicologia da saúde* (1st ed.). Quarteto.

Pandian, J. D., Gall, S. L., Kate, M. P., Silva, G. S., Akinyemi, R. O., Ovbiagele, B. I., Lavados, P. M., Gandhi, D., & Thrift, A. G. (2018). Prevention of stroke: a global perspective. *Lancet*, 392 (10154), 1269–1278. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31269-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31269-8)

Patel, A., Shah, S., Patel, K., Mehta, P., Amin, N., Shah, C., & Prajapati, S. H. (2018). Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*, 13(2), 43-49. <https://doi.org/10.5114/nan.2018.79604>

Paula, M. P., Pinto, K. O., & Lúcia, M. C. S. (2008). Relação entre depressão e disfunção cognitiva em pacientes após acidente vascular cerebral: um estudo teórico. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 21-38.

- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de Educação Física e Esporte*, 26 (2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Direção-Geral da Saúde.
- Quartilho, M. J. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- 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>
- Rodrigues, A. P., Batista, I., Uva, M. S., & Silva, S. (2016). *Médicos-Sentinela: o que se fez em 2015*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rôla, C. V. S., Silva, S. P. C., & Nicola, P. A. (2018). Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. *Revista Multidisciplinar e de psicologia*, 12(42), 111-120. <https://doi.org/10.14295/jdonline.v12i42.1300>
- Ropper, A. H. & Brown, R. H. (2005). *Adams and Victor`s principles of neurology* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Ruiloba, J. V. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (7th ed.). Elsevier Masson.
- Sadlonova, M., Wasser, K., Nagel, J., Weber-Krüger, M., Gröschel, S., Uphaus, T., Liman, J., Hamann, G. F., Kermer, P., Gröschel, K., Herrmann-Lingen, C., & Wachter, R. (2021). Health-related quality of life, anxiety and depression up to 12 months post-stroke: Influence of sex, age, stroke severity and atrial fibrillation - A longitudinal subanalysis of the Find-Afrandomised trial. *Journal of psychosomatic research*, 142, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110353>
- Saladin, L. K. (2000). Measuring quality of life post-stroke. *Neurology Report*, 24(4), 133-139. <https://doi.org/10.1097/01253086-200024040-00004>
- Schöttke, H., & Giabbiconi, C. M. (2015). Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors. *International psychogeriatrics*, 27(11), 1805–1812. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000988>

- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). Retrato da saúde 2018. *Ministério da saúde*.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019, 28 de dezembro). *Dia mundial do AVC*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>
- Silva, I. F. G., Neves, C. F. S., Vilela, A. C. G., Bastos, L. M. D., & Henriques, M. I. L. S. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (8), 103-111. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2019). *Atlas da cardiologia da sociedade europeia de cardiologia – Resumo dos dados relativos de Portugal* (2nd ed.). https://spc.pt/wp-content/uploads/2020/01/SPC_atlas_cardiologia_emenda.pdf
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). O essencial sobre acidente vascular cerebral (AVC): Guia prático para a população. *Raio-X*, 1-12.
- Sousa-Uva, M., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de acidente vascular cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *INSA*, 9 (2), 12-14.
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 (4), 8169-8196. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
- 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>
- Stuart-Shor, E. M., Wellenius, G. A., DelloIacono, D. M., & Mittleman, M. A. (2009). Gender differences in presenting and prodromal stroke symptoms. *Stroke*, 40(4), 1121-1126. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.543371>
- Teixeira, A. S., Menezes, C. E. S., Carvalho, J. J. F., & Lima, F. O. (2017). Depressão pós-AVC isquêmico e alterações nas funções executivas. *Revista Brasileira de Psicologia*, 3(2), 77-88.
- Terroni, L. M. N., Leite, C. C., Tinone, G., & Júnior, R. F. (2003). Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica*

Brasileira, 49(4), 450-459. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000400040>

- Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. F. M., Guajardo, V. D., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 100–108. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000900006>
- Thayer, J.F., Rossy, L.A., Ruiz-Padial, E., & Johnsen, B. H. (2003). Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349–364. <https://doi.org/10.1023/A:1023922618287>
- 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)
- The WHOQOL Group. (1996). What quality of life?. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., Hussein, N. E., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., Williams, L. S., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2017). Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30–e43. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113>
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J., & Sharpe, M. (2006). Fear of recurrence and beliefs about preventing recurrence in persons who have suffered a stroke. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6), 747–755. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.006>
- Trindade, A. P. N. T., Barboza, N. A., Oliveira, F. B., & Borges, A. P. O. (2011). Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociência*, 19(1), 61-67. <https://doi.org/10.34024/rnc.2011.v19.8402>
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., Felvinczi, K., Oláh, A., & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry research*, 216(1), 146–154. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.027>

- Vansimaey, C., Untas, A., Zuber, M., Bruandet, M., Join-Lambert, C., & Bungener, C. (2017). The Role of Short Term Psychological and Somatic Anxiety in the Prediction of Long Term Anxiety of Early Hospital Discharged Patients with Complete Functional Recovery after a Mild Stroke. *Journal of European Psychology Students*, 8(1), 1–6. <http://doi.org/10.5334/jeps.421>
- Vilarta, R. (2004). Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Estímulo à Reflexão e Interação Setorial. In R. Vilarta (Ed.), *Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Saúde, lazer e atividade física* (pp.9-16). Ipes.
- Vismari, L., Alves, G. J., & Palermo-Neto, J. (2008). Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 196-204. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500004>
- Volz, M., Ladwig, S., & Werheid, K. (2019). Gender differences in post-stroke depression: A longitudinal analysis of prevalence, persistence and predictive value of known risk factors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1648301>
- Wang, D., Chen, Y., Liu, S., & Liu, X. (2017). Somatoform disorders in post-stroke patients from Southern China. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 10(4), 7168-7172.
- Watanabe Y. (2005). Fear of falling among stroke survivors after discharge from inpatient rehabilitation. *International journal of rehabilitation research. International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 149–152. <https://doi.org/10.1097/00004356-200506000-00008>
- Williams, L., Weinberger, M., Clark, D., Harris, L., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30, 1362-1369. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362>
- Wit, L., Putman, K., Baert, I., Lincoln, N. B., Angst, F., Beyens, H., Bogaerts, K., Brinkmann, N., Connell, L., Dejaeger, E., De Weerd, W., Jenni, W., Kaske, C., Komarek, A., Lesaffre, E., Leys, M., Louckx, F., Schuback, B., Schupp, W., ... Feys, H. (2008). Anxiety and depression in the first six months after stroke. A longitudinal multicentre study. *Disability and Rehabilitation*, 30(24), 1858–1866. <https://doi.org/10.1080/09638280701708736>
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Programme on mental health – WHOQOL: Measuring quality of life*. World Health Organization.

- World Health Organization [WHO]. (2002a). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
- World Health Organization [WHO]. (2002b). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Climepsi.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- World Health Organization [WHO]. (2020a, 9 de dezembro). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization [WHO]. (2020b). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Xu, D., Chu, X., Wang, K., Wei, L., Xu, Y., Huang, X., Li, J., Xu, L., Yin, L., Liu, H., Liu, X., Leng, H., Xue, Q., Peng, M., Jia, L., & Wang, H. (2021). Potential factors for psychological symptoms at three months in patients with young ischemic stroke. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2021/5545078>
- Yerkes, R.M., & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>
- Zeng, X., Deng, A., & Ding, Y. (2017). The INTERSTROKE study on risk factors for stroke. *The Lancet*, 389(10064), 35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32620-4)