

# 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*

Patrícia Alexandra Silva da Conceição<sup>1</sup>, Paula Susana L. Saraiva Carvalho<sup>2</sup>, Jorge Manuel dos Reis Gama<sup>3</sup>

1.Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8107-1799>

2.Doutoramento em Psicologia. Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2007-5865>

3.Doutoramento em Matemática. Professor Auxiliar no Departamento de Matemática da Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3926-580X>

## 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 significantes na QV, sintomas psicopatológicos e algumas subescalas dos mesmos tendo em conta o género. Relativamente ao tipo de AVC verificou-se diferenças significantes 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 sequelae, 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 Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-Qol) and the Psychopathological Symptoms Inventory (BSI-18) were applied. **Results.** The main results showed a moderate negative correlation between SS-Qol 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

---

Trabalho realizado na Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 20/06/2022

Aceito em: 21/07/2022

**Endereço para correspondência:** Paula SLS Carvalho. Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Estrada do Sineiro. 6201-001. Covilhã. Portugal. Email: [pssc@ubi.pt](mailto:pssc@ubi.pt)

---

## 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 horas<sup>1</sup>.

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 vida<sup>2</sup>. 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 milhão<sup>3</sup>.

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 pessoas<sup>4</sup>.

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 todos<sup>5</sup>. Neste sentido, vamos considerar a definição sugerida pela *World Health Organization*<sup>6</sup> 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 energia<sup>7</sup>. Um dos aspetos mais referenciados são as limitações físicas como determinantes da diminuição da QV<sup>7</sup> uma vez que estão altamente associadas à autonomia ou dependência de cuidadores<sup>8</sup>. 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* utilizadas<sup>9</sup>.

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 QV<sup>10</sup>. Cerca de um terço da população que sofreu um AVC desenvolve sintomas depressivos<sup>11</sup>. 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 AVC<sup>12</sup>.

Sugere-se que a ansiedade é um problema comum após AVC e que a sintomatologia ansiosa possuiu um grande impacto nesta população<sup>10</sup>. 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<sup>13</sup>. 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 idade<sup>10</sup>. 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 AVC<sup>14</sup>.

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 estressantes vivenciados pelo indivíduo como, por exemplo, um AVC<sup>15</sup>. Estes sintomas estão muitas vezes presentes em quadros de depressão e ansiedade<sup>16</sup>.

Estas três sintomatologias podem, portanto, ocorrer em simultâneo podendo ser explicadas de acordo com três

mecanismos<sup>16</sup>. No primeiro mecanismo, tanto a depressão como a ansiedade incitam o surgimento dos sintomas somáticos através de preocupação, de atenção e uma percepção modificada das sensações físicas<sup>17</sup>. 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 associados<sup>18</sup>. 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<sup>19</sup>.

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 significantes 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 constituída 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 há 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 2015<sup>20</sup>.

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 patologia<sup>20</sup>.

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)<sup>20</sup>. 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 0,80, 0,78, 0,62 e 0,84, 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 0,89, enquanto, para as subescalas Ansiedade, Depressão e Somatização, obtiveram-se os valores 0,84, 0,88 e 0,75, 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 Pereira<sup>21</sup>.

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 autocuidados, o papel social, a capacidade mental, a função do membro superior, a visão e o trabalho/produktividade<sup>21</sup>.

Um estudo realizado pelos autores deste instrumento reportou uma excelente consistência interna para a totalidade do questionário, onde o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi igual a 0,94. 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 0,73<sup>21</sup>.

No presente estudo, os alfas de Cronbach e ordinal da EQVE-AVC foram iguais a 0,95 e 0,97, 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: 0,94 e 0,98, para a Energia; 0,74 e 0,83, para o Papel Familiar; 0,90 e 0,95, para a Linguagem; 0,95 e 0,98, para a Mobilidade; 0,79 e 0,86, para a Disposição; 0,74 e 0,79, para a Personalidade; 0,91 e 0,97, para os Autocuidados; 0,88 e 0,92, para o Papel Social; 0,78 e 0,89, para a Capacidade Mental; 0,89 e 0,96, para a Função do Membro Superior; 0,92 e 0,97, para a Visão; 0,92 e 0,97, 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 homologada pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu com o número de referência no. 11/19/2021. 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 (Qualidade de Vida 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 significantes 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 Autocuidados ( $M=4,25$ ;  $DP=1,22$ ) 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 significantes

( $p=,047$ ) na qual as mulheres apresentaram uma média ligeiramente superior ( $M=21,81$ ;  $DP=13,21$ ) em relação aos homens ( $M=16,19$ ;  $MP=9,27$ ). 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 significantes, no entanto em ambas as escalas eram as mulheres quem detinham maiores níveis tanto de Depressão como de Somatização.

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

	Género		M (DP)	Md (Q1; Q3)	U	p
	Masculino (N=63)	Feminino (N=37)				
BSI-18	16,19 (9,27)	14 (11; 21)	21,81 (13,21)	19 (10,5; 29)	443	<b>,047</b>
Ansiedade	5,98 (4,2)	6 (3; 9)	8,32 (5,26)	8 (3; 11)	453	<b>,039</b>
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

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 significantes ( $p=,011$ ) 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 ( $p=,004$ ), Autocuidados ( $p=,006$ ) 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.

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

	Género		Feminino		U	p
	Masculino		Feminino			
	(N=63)	(N=37)	(N=63)	(N=37)		
	<i>M(DP)</i>	<i>Md (Q1; Q3)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Md (Q1; Q3)</i>		
EQVE-AVC	176,40 (39,96)	183 (149; 209)	153,05 (44,68)	148 (114,5; 193)	808	<b>,011</b>
Energia	2,79 (1,55)	2 (1,3; 4,7)	2,01 (1,30)	1,7 (1; 2,5)	800	<b>,007</b>
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	<b>,004</b>
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	<b>,006</b>
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	<b>,006</b>
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



## 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 significantes consoante o Tipo de AVC tanto no instrumento BSI-18 ( $p=,412$ ) como 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.

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							
	Isquémico (N=66)		Hemorrágico (N=16)		AIT (N=18)		H	p
	M (DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)	M (DP)	Md (Q1; Q3)		
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

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 significantes ( $p=,037$ ). Através do teste *post-hoc* de *Dunn*, verifica-se que essa diferença 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 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.

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	<b>,037</b>
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	<b>,022</b>
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	<b>,006</b>
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	<b>,039</b>

## **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 0,4. 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 e 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.

Tabela 5. Análise de clusters.

Variável	Cluster 1 N=49	Cluster 2 N=51	IPR	Estatística	p <sup>1</sup>
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)			
Sequelas, N (%)			0,30	17,49	<,001 <sup>2</sup>
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 <sup>2</sup>
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 <sup>2</sup>
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; <sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste do Qui-Quadrado; Estatística: U ou  $\chi^2$

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a amostra apresenta uma média de idades que se aproxima dos 66 anos e 63% dos participantes 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-idade<sup>4</sup>, 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 significantes na qual as mulheres apresentaram uma média ligeiramente superior em relação aos homens. Os mesmos resultados são evidenciados num estudo de Sadlonova *et al*<sup>10</sup> e tais diferenças ocorrem devido à diferença na regulação emocional<sup>22</sup> e/ou o uso de estratégias de *coping* desadaptativas<sup>23</sup>.

No que se refere às diferenças entre o gênero face à pontuação total no instrumento EQVE-AVC e seus domínios Energia, Linguagem, Autocuidados e Capacidade Mental, os resultados apontaram para a existência de diferenças significantes, com os homens a apresentarem uma média ligeiramente superior em relação às mulheres. Neste sentido, evidencia-se que ser do gênero feminino interfere negativamente na QV<sup>7</sup>. Uma diferença de 0,5 no *score* total é indicativa de uma alteração significativa a nível da QV<sup>21</sup> logo

podemos concluir na comparação entre gêneros 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 resposta<sup>24</sup>.

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 o estudo de Silva *et al*<sup>4</sup>.

Nesta análise verificou-se que não existem diferenças significantes 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 AVC<sup>14</sup>.



Face ao acentuado impacto negativo destas perturbações mentais, frequentemente subdiagnosticadas<sup>25</sup>, é crucial identificar as pessoas que apresentam sintomas psicopatológicos clinicamente significantes. Esta medida fomenta a intervenção precoce, a qual se traduz na diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde<sup>26</sup>. 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<sup>27</sup>. 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 significantes. Verifica-se que essa diferença advém dos resultados entre o AVC Hemorrágico e o AIT. No que diz respeito aos seus domínios, apenas verificou-se uma diferença 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 que evidenciou 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 QV<sup>8</sup>.

O AVC é considerado um episódio inesperado e estressante, uma vez que ameaça o senso de controle 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 psicopatológicos<sup>28</sup>. Neste sentido, alguns autores, consideram que um déficit neurológico grave predispõe os indivíduos a sintomas psicopatológicos que por sua vez afeta a QV<sup>29,30</sup>. Neste estudo foi verificado 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, Ansiedade<sup>10</sup> e Somatização<sup>15</sup>.

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 mortes<sup>7</sup> e conseqüentemente 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 diárias<sup>7</sup>.

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, conseqüentemente, ao enviesamento dos resultados.

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 perspectivas, especialmente ao realizar intervenções.

Este estudo contribui para aumentar a compreensão dos profissionais de saúde de aspetos específicos que afetam a vida destes doentes e das suas percepções 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, conseqüentemente 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 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. Relativamente a estas duas variáveis verificaram-se algumas diferenças nos níveis de QV e sintomas psicopatológicos. Destaca-se a análise de clusters, na qual o Papel Social demonstrou ser a variável mais importante no poder preditivo na constituição dos clusters. 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 Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. 2006 (acessado em 04/12/2021). Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
2. World Stroke Organization. Annual report 2021. (acessado em 11/06/2022). Disponível em: [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual\\_Report\\_2021\\_online\\_latest.pdf](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. (acessado em: 04/12/2021). Disponível em: <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. Rev Enferm Ref 2016;4:103-11. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
5. Souto CN. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. Braz J Hea Rev 2020;3:8169-96. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
6. World Health Organization. Programme on mental health – WHOQOL: Measuring quality of life. World Health Organization; 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
7. Canuto MA, Nogueira LT, Araújo TM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. Acta Paul Enferm 2016;29:245-52. <http://dx.doi.org/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;11:1-10. <http://dx.doi.org/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;23:401-7. <http://dx.doi.org/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. <http://dx.doi.org/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;29:1-7.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105315>
12. Ferraz I, Norton A, Silveira C. Depressão e acidente vascular cerebral: causa ou consequência? *ArquiMed* 2013;27:58-64.
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;37:2123-8.  
<http://dx.doi.org/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;8:545-59.  
<http://dx.doi.org/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;17:477-91.  
<http://dx.doi.org/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;78:116-22.  
<http://dx.doi.org/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;34:211-9. <http://dx.doi.org/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;32:14-23.  
<http://dx.doi.org/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;65:528-33.  
<http://dx.doi.org/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.115-30.
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;5:12-24.
22. Thayer JF, Rossy LA, Ruiz-Padial E, Johnsen BH. Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cog Ther Res* 2003;27:349-64.  
<http://dx.doi.org/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;25:1-22.  
<http://dx.doi.org/10.9734/JESBS/2018/41894>



- 24.Hiraga A. Gender differences and stroke outcomes. *Neuroepidemiology* 2017;48:61-2. <http://dx.doi.org/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;12:155-68. <http://dx.doi.org/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;103:777-80. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- 28.Fortes AC, Neri AL. Eventos de vida e envelhecimento humano. *In: Neri AL, Yassuda MS, Cachioni M (eds). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. 3. ed. Campinas: Papyrus; 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;8:1-9. <http://dx.doi.org/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;38:153-65. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1726>