



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CLÁUDIA DINIS ANTUNES

***Impacto da Depressão e Ansiedade na Funcionalidade e Qualidade
de Vida após Acidente Vascular Cerebral***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR JOÃO JOSÉ CARREIRO PÁSCOA PINHEIRO

DR. JOÃO PAULO NEVES BRANCO

ABRIL/2020

IMPACTO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Cláudia Dinis Antunes¹, João Paulo Neves Branco^{1,2}, João José Carreiro Páscoa Pinheiro^{1,2*}

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
2. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

***Contactos**

Morada Institucional: Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3000-075, Coimbra

E-mail: reabmedica@hotmail.com

Este trabalho foi submetido à revista “Acta Médica Portuguesa” no dia 30-4-2020.

Índice de abreviaturas

APA – Ansiedade Pós-AVC

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CMRRC-RP - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais

DALYs - Disability-Adjusted Life Years (EN); Anos de vida ajustados por incapacidade (PT)

DPA – Depressão Pós-AVC

EQ-VAS – componente visual de auto-avaliação da escala EQ-5D

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale (EN); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (PT)

HADS – A – Escala HADS para a Ansiedade

HADS – D – Escala HADS para a Depressão

IMC – Índice de Massa Corporal

MIF – Medida de Independência Funcional

NHSS - National Institutes of Health Stroke Scale (EN)

YLDs - Years Lived with Disability (EN); Anos vividos com incapacidade (PT)

Resumo

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte a nível mundial e a primeira causa de morte em Portugal. Esta patologia tem influência em vários níveis – físico, mental e socioeconómico – no quotidiano do doente e na comunidade onde está inserido. A depressão e ansiedade são problemas que podem advir desta doença cerebrovascular. Este estudo pretende compreender qual o impacto da depressão e da ansiedade na funcionalidade e qualidade de vida em doentes pós-AVC e se existe uma associação entre estes distúrbios.

Materiais e métodos: O estudo observacional, prospetivo e transversal foi efetuado durante o primeiro trimestre do ano de 2020. Recrutaram-se doentes com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos, com um único episódio de AVC há pelo menos 6 meses, seguidos em consulta externa de Neurologia e/ou Medicina Física e Reabilitação no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais (CMRRC-RP). Foram excluídos doentes que pelas suas incapacidades não conseguiam dar resposta aos questionários. Para caracterizar a amostra foi implementado um questionário demográfico-clínico. A relação das diferentes componentes foi avaliada com os instrumentos métricos EQ-5D, Medida de Independência Funcional (MIF) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e determinado o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 12 doentes, 7 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. O estudo demonstrou uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre a escala EQ-5D e as escalas MIF ($r_s(12)=0.673$, $p=0.017$) e uma correlação negativa entre a EQ-5D e a HADS-D ($r_s(12)=-0.633$, $p=0.027$). Observou-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre a escala HADS-A e a escala HADS-D ($r_s(12)=0.661$, $p=0.019$).

Conclusão: Neste estudo, a funcionalidade e a depressão apresentam impacto na qualidade de vida, existindo uma associação entre a ansiedade e depressão. Para melhor compreensão desta influência são necessários estudos longitudinais que incluam os antecedentes pré-mórbidos dos participantes e compreendam a sua importância no pós-AVC. Paralelamente, sugere-se a criação de um instrumento métrico específico para a avaliação da ansiedade e depressão em doentes com sequelas de AVC, possibilitando um acompanhamento clínico adequado e promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: AVC; Depressão; Ansiedade; Funcionalidade; MIF; EQ-5D; HADS.

Abstract

Introduction: Stroke is one of the leading causes of death worldwide and the first one in Portugal. This pathology has influence in several levels – physical, mental and socio-economic – in a patient's daily life and in his community. Depression and anxiety are problems that can arise from this cerebrovascular disease. This study aimed to understand the impact of depression and anxiety on functionality and quality of life in stroke survivors and whether there is an association between these disorders.

Materials and methods: The observational, prospective and cross-sectional study was carried out during the first quarter of 2020. Were recruited outpatients of Neurology and/or Physical Medicine and Rehabilitation at the Hospital and University Center of Coimbra and the Rehabilitation Medicine Center of the Center Region-Rovisco Pais, aged between 45 and 80 years, with a single stroke episode occurred more than 6 months ago. Patients who were unable to answer the questionnaires, due to their disabilities, were excluded. To characterize the sample, a demographic-clinical questionnaire was implemented. EQ-5D scale, Functional Independence Measure (FIM) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to achieve the aim of this study and it were determined Spearman correlation coefficients between them.

Results: A sample of 12 patients was obtained, 7 males and 5 females. It was observed a positive, moderate and statistically significant correlation between the scores of the EQ-5D scale and the total score of FIM scale ($r_s(12)=0.673$, $p=0.017$) and a negative correlation between the scores of EQ-5D and HADS-D scale ($r_s(12)= -0.633$, $p=0.027$). This study showed a positive, moderate and statistically significant correlation between the results of the HADS-A scale and the HADS-D scale ($r_s(12)=0.661$, $p = 0.019$).

Conclusion: In this study, functionality and depression have impact on quality of life, and there is an association between anxiety and depression. To better understand this influence in the post-stroke, longitudinal studies, that include the pre-morbid antecedents of the participants, are needed. In parallel, it is suggested to create a specific metric instrument for the assessment of anxiety and depression in patients with stroke sequelae, enabling an adequate clinical follow-up and promotion of quality of life.

Key words: Stroke; Depression; Anxiety; Functionality; FIM; EQ-5D; HADS.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) define-se como uma interrupção prolongada do fluxo sanguíneo ao cérebro, resultando em danos neuronais e alterações funcionais dependendo das regiões afetadas [1,2]. No AVC, 85% dos casos são de etiologia isquémica, enquanto os outros 15% têm etiologia hemorrágica [2].

Dos fatores de risco para a ocorrência do AVC destacam-se hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, excesso de peso/obesidade, tabagismo, consumo excessivo de sal, consumo de álcool e outras drogas (exemplo: cocaína, anfetaminas), patologias cardíacas (exemplo: fibrilhação auricular) e malformações arteriovenosas (exemplo: aneurismas) [2].

Em 2018, o AVC foi a principal causa de morte em Portugal (9,9% dos óbitos) [3]. Simultaneamente verificou-se que, devido às doenças cerebrovasculares, foram perdidos 11 388 anos potenciais de vida [3]. Em Portugal, no ano de 2015, esta patologia foi responsável por 1,98% do total de YLDs (Years Lived with Disability) e 6,53% do total de DALYs (Disability-Adjusted Life Years) (4ª causa) [4]. Atualmente, é a principal causa de incapacidade em Portugal [5].

Após o tratamento do episódio agudo do AVC, o doente necessita de uma abordagem multidisciplinar para que seja possível adaptar-se a uma nova condição física, psicológica e social [6]. Todos os distúrbios resultantes desta patologia podem comprometer a funcionalidade e qualidade de vida dos doentes, incluindo a dos seus familiares/cuidadores [6]. A designação de funcionalidade abrange as funções e estruturas do corpo, atividades e participação do indivíduo na sociedade. Este termo mostra os aspetos positivos da interação dinâmica entre um sujeito, portador de uma determinada condição de saúde, e o contexto pessoal e ambiental onde se encontra inserido [7]. Dos possíveis distúrbios consequentes destacam-se hemiparesia/hemiplegia, afasia, incontinência de esfíncteres, perda de memória, depressão, défices cognitivos e perturbações do sono [8].

A depressão pós-AVC (DPA) ocorre em cerca de 1/3 dos indivíduos que tenham sofrido esta patologia [9] e está relacionada tanto com as alterações neurobiológicas assim como com o resultado dos componentes psicossociais que ficam afetados e do grau de incapacidade decorrente. É importante ter em conta que determinados antecedentes pessoais prévios ao AVC podem constituir fatores de risco para o desenvolvimento de DPA tais como o sexo feminino, os traços de personalidade neurótica, história psiquiátrica e isolamento social [10]. Alguns estudos também referem outros fatores de risco como certas mutações genéticas, a etiologia, a localização (nomeadamente no

lobo frontal e nos gânglios da base da região esquerda do cérebro) e severidade do AVC [10,11].

Os distúrbios da ansiedade foram identificados em aproximadamente 30% em doentes no primeiro ano pós-AVC [12]. Estão descritas diversas perturbações da ansiedade que funcionam como preditores específicos para o desenvolvimento de ansiedade pós-AVC (APA), nomeadamente agorafobia, fobias específicas e perturbação obsessiva-compulsiva [13]. Outros fatores de risco para a ocorrência de APA, nomeadamente a idade, o sexo feminino, perturbações do sono e a depressão, também estão descritos na literatura [14].

Este estudo pretende compreender qual o impacto da depressão e da ansiedade na funcionalidade e qualidade de vida em doentes pós-AVC e se existe uma associação entre estes distúrbios.

Materiais e métodos

• Desenho de estudo e seleção de participantes

O estudo é do tipo observacional, prospetivo, transversal e multicêntrico. Durante o primeiro trimestre do ano de 2020, de forma não randomizada, foram selecionados doentes seguidos em consulta externa de Neurologia e/ou Medicina Física e Reabilitação no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP). Incluíram-se doentes com idades compreendidas entre os 45 anos e os 80 anos e com um único episódio de AVC há mais de 6 meses. Foram excluídos doentes que pelas suas limitações não tivessem capacidade para compreender e responder aos questionários. A cada doente foi apresentado um Consentimento Informado (Anexo I) para explicitar os objetivos do estudo e as ações a serem realizadas. Todas as dúvidas foram esclarecidas ao doente e/ou ao seu representante para que este documento fosse assinado pelo próprio ou, caso este não conseguisse assinar, pelo seu representante.

• Recolha de dados

Neste estudo, foram aplicados um questionário demográfico e clínico e três escalas - a EQ-5D¹, a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*].

O questionário demográfico e clínico (Anexo II) tinha como principal objetivo caracterizar a amostra quanto ao género, idade, hábitos pré- e pós-AVC, etiologia, tratamentos de fase aguda, lateralização resultante e duração do programa de reabilitação. Cada doente respondeu verbalmente às questões e o inquérito foi preenchido pela equipa de investigação.

A MIF (Anexo IV) é um instrumento de avaliação da funcionalidade composto por 18 itens relacionados com a capacidade motora (autocuidados, transferências, locomoção, controlo esfíncteriano) e cognitiva (comunicação e cognição social). Classifica o AVC em 3 níveis em relação à sua incapacidade funcional - ligeiro (MIF > 80 pontos), moderado (MIF entre 80 e 40 pontos) e grave (MIF < 40 pontos) - assim quanto maior a pontuação, menor o grau de dependência [6].

A EQ-5D (Anexo III), criada pelo grupo Euro-QoL, avalia a saúde em 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão [15]. Adicionalmente, contém uma componente de autoavaliação

¹**Nota:** o nome do instrumento métrico EQ-5D não é um acrónimo, sendo o termo correto a utilizar [15], razão pela qual não consta da lista de abreviaturas deste trabalho.

visual (EQ-VAS) em que o indivíduo assinala o estado de saúde numa escala de 0 (o pior estado de saúde imaginável) a 100 (o melhor estado de saúde imaginável) [15]. Neste estudo foi utilizada a versão validada para a população portuguesa e o sistema de avaliação respetivo [16,17].

A HADS (Anexo IV) consiste numa ferramenta de avaliação composta por duas subescalas que estimam os níveis de ansiedade (HADS-A) e de depressão (HADS-D) e classifica-os como “normal” (0-7 pontos), “leve” (8-10 pontos), “moderada” (11-14 pontos) ou “severa” (15-21 pontos) [18]. A versão validada para a população portuguesa foi a utilizada neste estudo [19].

• **Análise estatística**

A análise estatística foi realizada usando o Microsoft Excel e o software IBM SPSS Statistics® versão 25.

A avaliação da normalidade das variáveis quantitativas foi realizada com recurso ao teste Shapiro-Wilk. Estas variáveis foram descritas pelas suas medianas, primeiro e terceiro quartis, mínimos e máximos. Para representação das variáveis qualitativas foram representadas pelas suas frequências absolutas e relativas. De forma a avaliar a existência de correlação entre variáveis quantitativas determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman e posteriormente aplicou-se o teste à sua significância. Para comparar variáveis quantitativas entre dois grupos aplicou-se o teste Mann-Whitney. O nível de significância adotado no estudo foi $p < 0,05$.

Resultados

• Análise descritiva

Os dados demográficos e clínicos dos participantes encontram-se resumidos na Tabela 1. Nesta amostra de 12 doentes, 58,3% dos participantes eram do sexo masculino e a mediana de idades foi de 62 anos.

Tabela 1 – Caracterização demográfica e clínica da amostra (n=12).

Variáveis	Medidas
Sexo*	Masculino 7 (58.3)
Escolaridade*	Ensino Básico 10 (83.4)
	Ensino Secundário 1 (8.3)
	Ensino Superior 1 (8.3)
Estado Civil*	Solteiro/a 1 (8.3)
	Casado/a 6 (50.0)
	Divorciado/a 2 (16.7)
	Viúvo/a 3 (25.0)
Zona de habitação*	Urbana 1 (8.3)
	Rural 8 (66.7)
	Rural-Urbana 3 (25.0)
Atividade laboral pré-AVC*	Sim 8 (66.7)
Atividade laboral atual*	Não 6 (50.0)
Local de residência pré-AVC*	Residência própria 11 (91.7)
	Residência de familiares 1 (8.3)
Local de residência pós-AVC*	Residência própria 10 (83.3)
	Residência de familiares 2 (16.7)
Hábitos tabágicos pré-AVC*	Não 10 (83.3)
Hábitos tabágicos pós-AVC*	Não 12 (100.0)
Hábitos alcoólicos pré-AVC*	Não 10 (83.3)
Hábitos alcoólicos pós-AVC*	Não 11 (91.7)
Etiologia do AVC*	Isquémico 5 (41.7)
	Hemorrágico 1 (8.3)
	Indeterminado 6 (50.0)
Lateralização*	Esquerda 5 (41.7)
	Direita 7 (58.3)
Prestador de cuidados*	Cônjuge 6 (50.0)
	Mãe 1 (8.3)
	Filha 1 (8.3)
Realizou fisioterapia/reabilitação	Sim 9 (75.0)
Idade (em anos) ⁺	62.0 (58.5; 67.0); 53.0 - 80.0
IMC (kg/m ²) ⁺	30.4 (28.7; 31.4); 25.0 – 32.9
Tempo após o AVC (em meses) ⁺	21.0 (8.0; 59.0); 7.0 - 195.0
Duração programa de reabilitação (em meses) ⁺	55.0 (6.0; 195.0); 6.0 -195.0

*n (%) ⁺Mediana (1^o Q; 3^o Q); mínimo – máximo.

AVC – Acidente vascular cerebral; IMC – Índice de massa corporal.

Todos os participantes tinham excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ou obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Nos indivíduos em que foi possível conhecer a etiologia do AVC (50% dos casos), a sua maioria foi de causa isquêmica. Em mais de 50% dos casos o prestador de cuidados é o cônjuge e sublinha-se que apenas 8,3% dos indivíduos necessitou de alterar o local de residência devido ao AVC. Não foi possível aceder aos dados relativos ao tratamento de fase aguda, medicação habitual e outras comorbilidades.

O perfil da amostra relativamente à qualidade de vida e funcionalidade encontram-se resumidos na Tabela 2 e 3, respetivamente. Destes resultados salienta-se a mediana do total da escala EQ-5D de 0,205 tendo sido o valor mínimo de -0,181 e o máximo de 0,650 (Tabela 2). O valor de mediana do total da escala MIF foi de 115 pontos, tendo sido o valor mínimo de 38 e o valor máximo de 126 pontos (Tabela 3).

Tabela 2 – Perfil da amostra nos diferentes domínios da qualidade de vida do instrumento EQ-5D.

Escala EQ-5D	Mediana (1ºQ, 3ºQ)	Mínimo - Máximo
Mobilidade (MO)	2 (1, 2)	1 - 2
Cuidados Pessoais (CP)	2 (1, 3)	1 - 3
Atividades Habituais (AH)	2 (2, 3)	1 - 3
Dor/Mal-estar (DM)	2 (2, 3)	1 - 3
Ansiedade/Depressão (AD)	2 (1, 2)	1 - 3
Total EQ-5D	0.205 (0.067, 0.456)	-0.181 - 0.650
Auto-avaliação	50 (44, 75)	20 - 100

Tabela 3 – Perfil da amostra em cada dimensão da funcionalidade da escala MIF.

Escala MIF	Mediana (1ºQ, 3ºQ)	Mínimo - Máximo
<i>Funcionalidade Motora</i>		
Cuidados Pessoais	35 (22, 42)	6 - 42
Controlo Esfincteriano	14 (10, 14)	5 - 14
Mobilidade/Transferências	20 (13, 21)	3 - 21
Locomoção	13 (11, 14)	2 - 14
Subtotal Funcionalidade Motora	80 (49, 91)	24 - 91
<i>Funcionalidade Cognitiva</i>		
Comunicação	14 (12, 14)	8 - 14
Cognição Social	21 (14, 21)	6 - 21
Subtotal Funcionalidade Cognitiva	34 (25, 35)	14 - 35
<i>Total MIF</i>	115 (75, 125)	38 - 126

MIF – Medida de Independência Funcional.

A informação relativa à ansiedade e depressão, avaliada pela escala HADS, encontram-se sintetizados na Tabela 4. Nesta análise também foi possível verificar que em relação aos níveis de ansiedade, verificou-se que a maioria dos indivíduos (58,3%) tinha resultados considerados “normal”, 25% da amostra tinha níveis de ansiedade considerados “severo”, 8,3% dos indivíduos tinham níveis “leve” e os restantes 8,3% tinham níveis de ansiedade “moderados”. Em relação à depressão foi possível verificar

que 50% dos indivíduos demonstraram níveis de depressão “normal”, 33,3% apresentavam níveis de depressão “leve” e 16,7% apresentavam depressão “severa”, não havendo nenhum resultado para o nível “moderado” no questionário referido.

Tabela 4 – Ansiedade e depressão dos participantes no questionário HADS.

Escala HADS	Mediana (1ºQ, 3ºQ)	Mínimo – Máximo
Total Ansiedade (HADS - A)	7 (5, 14)	4 – 21
Total Depressão (HADS - D)	8 (5,10)	2 - 18

HADS-A – subescala da ansiedade da HADS; HADS-D – subescala da depressão da HADS.

• Análise Inferencial

Tabela 5 – Correlações estatísticas entre os diferentes instrumentos métricos.

	1	2	3	4	5	6
1. Funcionalidade Motora MIF	1.000					
2. Funcionalidade Cognitiva MIF	0.535	1.000				
3. Total MIF	0.961**	0.674*	1.000			
4. Pontuação EQ-5D	0.498	0.554	0.673*	1.000		
5. Autoavaliação EQ-5D	0.438	0.216	0.523	0.611*	1.000	
6. HADS-A	0.040	-0.486	-0.126	-0.327	0.270	1.000
7. HADS-D	-0.278	-0.876**	-0.465	-0.633*	-0.128	0.661*

*p<0.05 ** p<0.001

MIF – medida de Independência Funcional; HADS-A – subescala da ansiedade da HADS. HADS-D – subescala da depressão da HADS.

Verificou-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala EQ-5D e o total da escala MIF ($r_s(12)=0.673$, $p=0.017$).

Observou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre o total da escala MIF e a escala HADS-D ($r_s(12)=-0.465$, $p=0.128$), nem correlação estatisticamente significativa entre o total da escala MIF e a escala HADS-A ($r_s(12)=-0.126$, $p=0.697$).

Adicionalmente, verificou-se correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala EQ-5D e a escala HADS-D ($r_s(12)=-0.633$, $p=0.027$), no entanto não existe correlação estatisticamente significativa entre o total da escala EQ-5D e a escala HADS-A ($r_s(12)=-0.327$, $p=0.299$).

Observa-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala HADS-A e a escala HADS-D ($r_s(12)=0.661$, $p=0.019$).

Discussão

Todos os participantes da amostra eram caucasianos, no entanto apresentavam alguma heterogeneidade em relação à idade e ao tempo de ocorrência pós-AVC. A maioria dos participantes desconhecia a etiologia do AVC que haviam sofrido, no entanto naqueles em que foi possível conhecer esta informação constatou-se que na sua maioria foi de etiologia isquêmica, o que está concordante com os dados relativos à população [2].

O local onde habita pode ter influência no isolamento social, principalmente quando se trata de meio rural (66,7% dos casos da amostra), contudo, este isolamento pode ser contrariado se o indivíduo tiver uma rede de apoio próxima [20]. Nesta amostra, verificou-se que o estado civil mais frequente era “Casado” (50%) e o prestador de cuidados era maioritariamente o cônjuge (50%).

Cerca de 75% da amostra realizou reabilitação após o episódio de AVC, o que poderá influenciar a sua funcionalidade e consequentemente a sua qualidade de vida.

Pela correlação significativa observada entre as pontuações da escala EQ-5D e o total da escala MIF, é possível inferir que a funcionalidade irá influenciar positivamente a qualidade de vida. No entanto, não se verificou correlação estatisticamente significativa entre o total da escala MIF e a autoavaliação EQ-5D ($r_s(12)=0.523$, $p=0.081$), e por isso esta componente subjetiva aparenta ter uma menor importância na avaliação do impacto da funcionalidade na qualidade de vida.

Nesta amostra não se verificou correlação estatisticamente significativa entre o total da escala MIF e a escala HADS-D, o que se pode traduzir em que não existe influência da depressão na funcionalidade, estando este *outcome* mais dependente de outros fatores, nomeadamente do grau de atingimento do AVC, da severidade do mesmo e da aplicação de um adequado programa de reabilitação [10]. Contudo, vários autores defendem que pessoas com DPA possuem mais limitações a nível motor e sensitivo, afetando as atividades de vida diária e por isso, comprometendo a sua funcionalidade comparativamente a indivíduos que não apresentem DPA; no entanto ainda não é claro como a depressão afeta negativamente a capacidade funcional [9]. Não foi possível ter acesso ao National Institutes of Health Stroke Scale (NHSS), que avalia a severidade do AVC, não tendo sido exequível compreender a sua influência na funcionalidade e na depressão dos participantes deste estudo.

Foi observada uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as pontuações da escala EQ-5D e a escala HADS-D, isto é quanto mais severo o grau de depressão mais impacto tem na qualidade de vida, o que está de acordo com vários estudos [9,21].

Nesta amostra, a ansiedade não tem influência sobre a funcionalidade dos indivíduos, pois não foi verificada uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação total da escala MIF e a escala HADS-A. Alguns autores defendem que a APA tem impacto na funcionalidade de um indivíduo, principalmente no primeiro ano pós-AVC [12,14]. As diferenças de resultados podem estar relacionadas com o período temporal em que foi realizado o estudo (superior a 6 meses após o episódio de AVC), ao facto de em 58,3% dos participantes os níveis de ansiedade serem considerados “normal”, e/ou das diferenças entre escalas aplicadas relativamente a outros estudos o que pode limitar a comparação [12,14].

Alguns autores defendem que a ansiedade tem um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos [14,22,23], contudo nesta amostra não se verificou correlação estatisticamente significativa entre o total da escala EQ-5D e a escala HADS-A. Possivelmente, esta diferença de resultados é devida à maioria terem níveis de ansiedade considerados “normais” e por isso não se verificar o seu impacto na qualidade de vida.

São escassos os estudos que esclarecem se a ansiedade observada pós-AVC foi consequência do mesmo ou se estava relacionada com perturbações da ansiedade prévias [12], na presente análise não foi possível conhecer os antecedentes pessoais patológicos dos participantes e consequentemente a sua influência na qualidade de vida.

Pela correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa observada entre as pontuações da escala HADS-A e a escala HADS-D, verifica-se um estado co-mórbido no pós-AVC. Na literatura esta associação entre a ansiedade e a depressão também já foi demonstrada [12,14,21,22,24]. Apesar desta coexistência, o impacto da ansiedade na funcionalidade e qualidade de vida tem sido estudado menos frequentemente quando comparado com a depressão [12,23]. Além disso, a maioria dos estudos apenas avalia a depressão e não considera a ansiedade, todavia este último distúrbio afetivo aparenta ser o maior preditor de qualidade de vida [23], podendo também ser um preditor para o desenvolvimento de depressão [12].

Perante a discordância de alguns resultados relativamente à literatura publicada, é necessário compreender que, frequentemente, a evidência estatística poderá não representar as relações observadas na prática clínica.

Uma das maiores limitações deste estudo está relacionada com o reduzido tamanho da amostra, o que implica uma margem de erro maior e uma diminuição do nível de confiança. Não foi possível conhecer os antecedentes pessoais dos participantes, nomeadamente os traços de personalidade pré-mórbido, patologias prévias (exemplo:

Depressão Major, Ansiedade Generalizada), medicação pré e pós-AVC, assim como a etiologia do AVC e o tratamento de fase aguda em todos os casos, o que dificulta a compreensão da influência destes fatores na qualidade de vida e capacidade funcional. Apesar do questionário HADS ser uma ferramenta de simples e rápida aplicação, é importante compreender que o diagnóstico de ansiedade e depressão estão dependentes de uma avaliação clínica especializada. Portanto, a aplicação desta escala não permite determinar o diagnóstico definitivo de alguma perturbação do espectro do humor e/ou de ansiedade. Por outro lado, este trabalho apenas avalia a depressão e a ansiedade num determinado período temporal e sendo o humor um estado dinâmico, deverá ser revisto em vários tempos.

Conclusão

Neste estudo, a funcionalidade e a depressão apresentam impacto na qualidade de vida, existindo também uma associação entre a ansiedade e depressão, o que é concordante com a literatura. Por outro lado, o presente estudo verificou que a ansiedade não apresenta influência na funcionalidade e qualidade de vida e que a depressão não aparenta ser um determinante da funcionalidade, contrariamente às observações noutros estudos. Esta discordância poderá ser explicada pela reduzida dimensão da amostra ou pelo facto das observações estatísticas frequentemente não refletirem as relações observadas na prática clínica.

A principal atuação clínica deve incidir na prevenção primordial e primária das doenças cerebrovasculares, diminuindo os danos físicos, emocionais, sociais e económicos que delas resultam e que, conseqüentemente, influenciam o estado de saúde, funcionalidade, qualidade de vida, participação na sociedade, bem como na adesão ao programa de reabilitação.

A identificação dos principais fatores associados com a depressão e com a ansiedade pós-AVC é essencial para compreender a influência na reabilitação e por conseguinte na funcionalidade dos indivíduos. Para atingir esse objetivo, é necessária investigação adicional que reconheça esses determinantes.

Sendo o humor e a ansiedade estados dinâmicos, propõe-se a elaboração de estudos longitudinais que utilizem uma ferramenta específica para o diagnóstico de depressão e ansiedade no período pós-AVC, promovendo dessa forma o desenvolvimento de terapêuticas e programas de reabilitação ajustados.

Na literatura são escassos os estudos que permitam discriminar se a ansiedade e a depressão diagnosticadas pós-AVC constituem uma primeira manifestação, um re-início ou um *continuum* de perturbações prévias ao AVC. A realização de estudos complementares é fundamental para compreender com clareza a influência do *timing* de apresentação na qualidade de vida e funcionalidade.

Recomenda-se uma avaliação clínica sistemática destes doentes para verificar o surgimento destes distúrbios no quadro pós-AVC com o objetivo de minimizar as suas sequelas na funcionalidade e qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. WHO STEPS stroke manual : the WHO STEPwise approach to stroke surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization [Internet]. World Health Organization; 2005. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43420>
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. Kasper DL, editor. Star. McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2015. 2958 p.
3. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2018 [Internet]. Vol. 2018, Destaque - informação à comunicação social. 2020. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2
4. The Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 6]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
5. Serviço Nacional de Saúde. Dia Nacional do Doente com AVC [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-7/>
6. Direção-Geral da Saúde. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma nº 54 [Internet]. 2011 Dec 27 [cited 2020 Apr 13]; Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
7. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa; 2004.
8. American Stroke Association. Effects of Stroke [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 2]. Available from: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke>
9. Blochl M, Meissner S, Nestler S. Does depression after stroke negatively influence physical disability? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019 Mar;247:45–56.
10. Ilut S, Stan A, Blesneag A, Vacaras V, Vesa S, Fodoreanu L. Factors that influence the severity of post-stroke depression. *J Med Life*. 2017;10(3):167–71.
11. Zhao FY, Yue YY, Li L, Lang SY, Wang MW, Du XD, et al. Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(3):325–34.
12. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2018;50(9):769–78.
13. Schöttke H, Giabbiconi CM. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: Prevalence and predictors. *Int Psychogeriatrics*. 2015;27(11):1805–12.
14. Li W, Xiao WM, Chen YK, Qu JF, Liu YL, Fang XW, et al. Anxiety in patients with acute ischemic stroke: Risk factors and effects on functional status. *Front Psychiatry*. 2019;10(257).
15. EuroQol Group. EuroQol – EQ-5D [Internet]. [cited 2020 Mar 18]. Available from: <https://euroqol.org/euroqol/>

16. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Med Port* [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 18];26(6):664–75. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
17. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Qual Life Res*. 2014;23(2):413–23.
18. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
19. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Heal Med*. 2007;12(2):225–37.
20. Holt-Lunstad J. The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy Aging Rep* [Internet]. 2018 Jan 2;27(4):127–30. Available from: <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
21. Villa RF, Ferrari F, Moretti A. Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacol Ther* [Internet]. 2018;184:131–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.11.005>
22. Chun HYY, Whiteley WN, Dennis MS, Mead GE, Carson AJ. Anxiety after stroke the importance of subtyping. *Stroke*. 2018;49(3):556–64.
23. Morris JH, Van Wijck F, Joice S, Donaghy M. Predicting health related quality of life 6 months after stroke: The role of anxiety and upper limb dysfunction. *Disabil Rehabil*. 2013;35(4):291–9.
24. Sanner Beauchamp JE, Casameni Montiel T, Cai C, Tallavajhula S, Hinojosa E, Okpala MN, et al. A Retrospective Study to Identify Novel Factors Associated with Post-stroke Anxiety. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2020;29(2):104582. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104582>

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E
CONSENTIMENTO INFORMADO**

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Avaliação da funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão 6 meses pós-AVC

PROTOCOLO N°

PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo): Alexandre José V.R. Carvalho, Cláudia Dinis Antunes, Luís M.S. Mendes

INVESTIGADOR COORDENADOR Prof. Doutor João Páscoa Pinheiro

CENTRO DE ESTUDO Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

INVESTIGADOR PRINCIPAL Dr. João Paulo Neves Branco

MORADA

CONTACTO TELEFÓNICO 962347766

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA) _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto do AVC na funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com o objectivo de avaliar a funcionalidade, participação, qualidade de vida e depressão 6 meses pós-AVC.

Trata-se de um estudo observacional pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Um promotor irá preencher um questionário sócio-demográfico, pesá-lo bem como questioná-lo sobre a sua medicação habitual.

Posteriormente irá aplicar 5 escalas para avaliação dos parâmetros referidos.

2.2. Duração

Este estudo consiste numa visita única com duração de cerca de 1 hora para recolha de dados com o intuito do preenchimento dos questionários propostos.

Descrição dos Procedimento:

Serão realizados os seguintes procedimentos/exames:

- Preenchimento de Questionário Sócio-Demográfico
- Medição do Peso
- Prenchimento de 5 escalas
 - EQ-5D
 - MIF
 - HADS
 - SIS

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

-Escala de Participação

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Os dados serão tratados estatisticamente através de um estudo de regressão linear usando software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Todos os procedimentos estarão de acordo com as rotinas instituídas nos hospitais de acolhimento. O estudo não apresenta quaisquer riscos e inconvenientes, bem como não altera a evolução fisiológica da sua doença.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar a sua doença e permitir um melhor conhecimento da progressão da mesma e complicações associadas. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos médicos de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas à sua.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

No decorrer do estudo não serão efetuados quaisquer tratamentos alternativos para além dos de rotina já instituídos.

7. SEGURANÇA

Durante a sua participação estará sob a cobertura do seguro contratado para o estudo. Embora não se espere que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde, se sofrer alguma lesão física como resultado de quaisquer procedimentos do estudo, realizados de acordo com o protocolo, será reembolsado pelas despesas médicas necessárias para as tratar.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

9. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, (tais como registos médicos ou resultados de testes), serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica e farmacológica relacionados com o medicamento ou com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido correctamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. No entanto, se além da visita prevista, planeada de acordo com a atual prática clínica, lhe forem solicitadas visitas suplementares no âmbito deste estudo, as despesas decorrentes dessas deslocações e eventuais perdas salariais ser-lhe-ão reembolsadas. O Centro de Estudo suportará todos os custos inerentes aos procedimentos das visitas. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azhnhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

João Paulo Branco, Médico Fisiatra
Tel.: 962347766
Rua António Jardim, nº118, Coimbra 3030-035

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

Anexo I – Consentimento Informado (continuação)

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico

Questionário Demográfico e Clínico

Identificação

Nome (INICIAIS): _____

Sexo: F M

Data de nascimento: ____/____/____

PU: _____

Identificação para o estudo: _____

Ano de Escolaridade: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

A) Estado Civil

Solteiro Casado União de Facto Separado
Divorciado Viúvo

Meio onde vive

Rural: Sócio-rural: Urbano:

Local de Residência (Antes de episódio AVC)

Residência Própria Residência de Familiares
Lar/Cuidados Continuados

Local de Residência (Pós-AVC)

Residência Própria Residência de Familiares
Lar/Cuidados Continuados

Hábitos

Tabagismo

Antes

SIM: Nº de cigarros por dia: Há quantos anos: _____ UMA: _____

NÃO

Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

Pós-AVC:

SIM: Nº de cigarros por dia: Há quantos anos: ____ UMA: _____

NÃO

Álcool

Antes

SIM: quantidade de álcool/Dia: _____

NÃO

Pós-AVC

SIM: quantidade de álcool/Dia: _____

NÃO

Medicação Habitual (no momento): _____

Atividade Laboral

Tinha atividade laboral no momento do AVC? SIM NÃO

Se SIM, qual? _____

Atualmente ainda trabalha? SIM NÃO

Mantém emprego anterior? SIM NÃO

Caso responda “Não”:

Mudou de funções devido ao AVC? SIM NÃO

Atual emprego: _____

Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

Apoio

Necessita de algum tipo de cuidados? SIM NÃO

Quais? _____

Prestador de cuidados:

- Esposo/a
- Filho/a (s):
- Neto(s):
- Lar/Centro de Dia
- Outro: _____

Tempos Livres

Atividades de tempos livres antes do AVC:

Atividades depois do AVC:

Fisioterapia/reabilitação

Realizou fisioterapia/reabilitação pós-AVC:

SIM NÃO:

Notas: _____

Anexo II – Questionário Demográfico e Clínico (continuação)

Data do AVC: ___/___/_____ Data da Avaliação: ___/___/_____

Avaliador: _____

Destino pós-alta: _____

Etiologia do AVC: Isquémico Hemorrágico

Fibrinólise: Sim NÃO Trombectomia: SIM NÃO

TACI PACI LACI POCI

Hemiplegia (lateralização): Direita Esquerda Sem lateralização



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

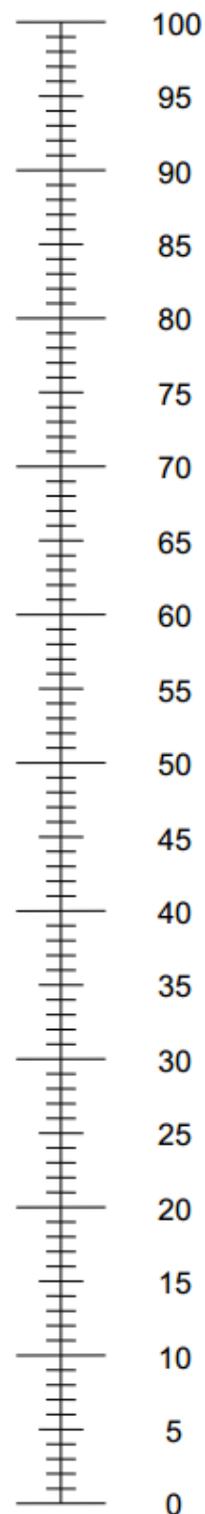
Anexo III - Escala EQ-5D (continuação)

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº	<input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA										
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)	AJUDA										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DATA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	DATA					
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M								
DATA												
	AUTO-CUIDADOS											
	A. Alimentação	<input type="text"/>										
	B. Higiene pessoal	<input type="text"/>										
	C. Banho	<input type="text"/>										
	D. Vestir metade superior	<input type="text"/>										
	E. Vestir metade inferior	<input type="text"/>										
	F. Utilização da sanita	<input type="text"/>										
	CONTROLO DOS ESFINCTERES											
	G. Bexiga	<input type="text"/>										
	H. Intestino	<input type="text"/>										
	MOBILIDADE											
	TRANSFERÊNCIAS											
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="text"/>										
	J. Sanita	<input type="text"/>										
	K. Banheira, Duche	<input type="text"/>										
	LOCOMOÇÃO											
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="text"/>										
	M. Escadas	<input type="text"/>										
	COMUNICAÇÃO											
	N. Compreensão	<input type="text"/>										
	O. Expressão	<input type="text"/>										
	CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR											
	P. Interação social	<input type="text"/>										
	Q. Resolução dos problemas	<input type="text"/>										
	R. Memória	<input type="text"/>										
	TOTAL	<input type="text"/>										

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1.

Anexo IV - Escala de Medida de Independência Funcional (continuação)

NÍVEIS DE FUNÇÃO		Dependente - (com ajuda)				
		Né necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza				
		DEPENDÊNCIA MODERADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço		
		3 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA BÁSICA	1 AJUDA RESTRITA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
ALTO-CUMULOS	A ALIMENTAÇÃO	g) Não necessita contacto, presença, sujidade ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca pedras ou ardores (ajuda técnica)	g) Contacto táctil h) Sujeito realiza >75% do esforço ou das tarefas	g) Contacto táctil h) Sujeito realiza >50% do esforço ou das tarefas	h) Sujeito realiza <= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	i) Sujeito realiza < 25% de esforço ou das tarefas
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) ex ^a : o ajudante abre recipientes com carne, batedor, manteiga, sorvo, bebidas	0...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	C BANHO	g) OU h) ex ^a : o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	0...	j) ...	k) ...	0...
	D VESTIR (COSTURAS)	g) OU h) ex ^a : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	0...	j) ...	k) ...	0... ou não é vestido
	E VESTIR (COSTURAS)	g) OU h) ex ^a : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	0...	j) ...	k) ...	0... ou não é vestido
	F UTILIZAÇÃO DA SERRA	g) OU h) ex ^a : o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar recolha menstrual	0...	j) ...	k) ...	0...
CONTROLO FUNCIONAIS	G SEDA	g) OU h) ex ^a : o ajudante coloca ou evita ou tem acidentes de incontinência (<= 1x/mês)	0 para manutenção de coletor externo, ou acidente ocasional (<= 1x/sem)	g) para manutenção de coletor interno, ou acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) molha-se quase diária; deve usar fralda hája ou não sonda ou coletor	l) molha-se quase diária; necessita sempre fralda hája ou não sonda ou coletor
	H SEMENTE	g) OU h) ex ^a : o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<= 1x/mês)	0 usa supostório ou diário ou ajuda técnica ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/mês)	g) usa supostório ou diário ou ajuda técnica, ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente hája ou não estoma	l) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente hája ou não estoma
MOBILIDADE TRANSFERÊNCIAS	I LITIGACIÃO DEFORMAÇÃO	g) OU h) ex ^a : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	0...	j) ...	k) ...	0...
	J SANGA	g) OU h) ex ^a : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	0...	j) ...	k) ...	0...
	K BANDEIRA, BICHE	g) OU h) ex ^a : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	0...	j) ...	k) ...	0...
LOCALIZAÇÃO	L INFERNO, CRO	5-Exceção: Sem Ajuda, desambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, ou si auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com)	0 -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR >=15m.
	M ESCADA	5-Exceção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxílio de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	0 -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação pausada, orientação visual gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes, pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <20% ou, apesar de ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >60% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (ex ^a repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	<25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
COORDENAÇÃO	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -> só em situações de stress ou não familiares, mais <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriadamente em 25-49%. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriadamente em <25%. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas da rotina mais só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	É Resolvo os problemas de rotina E, 75-90% das vezes	E...E (ver atrás) em 50-74% das vezes	E...E (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por separação	E...E (ver atrás) <25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por separação
	R MEMÓRIA	g) ex ^a : repetição ou repetição, mais só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Anexo V - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

Anexo V - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (continuação)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- () Quase sempre
 - () Muitas vezes
 - () Por vezes
 - () Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- () Nunca
 - () Por vezes
 - () Muitas vezes
 - () Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- () Completamente
 - () Não dou a atenção que devia
 - () Talvez cuide menos que antes
 - () Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- () Muito
 - () Bastante
 - () Não muito
 - () Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- () Tanto como antes
 - () Não tanto como antes
 - () Bastante menos agora
 - () Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- () Muitas vezes
 - () Bastantes vezes
 - () Por vezes
 - () Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- () Muitas vezes
 - () De vez em quando
 - () Poucas vezes
 - () Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.