

ANDRÉ FILIPE FRAGOSO RAMOS DO ROSÁRIO

ANÁLISE PROSPETIVA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS,
CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E A FUNCIONALIDADE, EM VÍTIMAS DE AVC,
COM E SEM AFASIA, EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade De Ciências Humanas E Sociais
2024

ANDRÉ FILIPE FRAGOSO RAMOS DO ROSÁRIO

**ANÁLISE PROSPETIVA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE FATORES
PSICOSSOCIAIS, CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E A FUNCIONALIDADE, EM
VÍTIMAS DE AVC, COM E SEM AFASIA, EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO**

**Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia,
Sob a orientação das Professoras Doutoradas Alexandra
Isabel Dias Reis e Dina Lúcia Gomes da Silva**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade De Ciências Humanas E Sociais
2024

ANÁLISE PROSPETIVA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS,
CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E A FUNCIONALIDADE, EM VÍTIMAS DE AVC,
COM E SEM AFASIA, EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, o qual é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto, e constam da listagem referências incluídas.

Assinatura: _____

Copyright

André Filipe Fragoso Ramos do Rosário

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Expresso os meus sinceros agradecimentos à Dra. Ana Gabriel Marques, pelo apoio incansável, disponibilidade e orientação que me proporcionou, no decorrer de todo este percurso que permitiu a aquisição dos elementos fundamentais para a elaboração da presente dissertação.

Importa também estender a minha palavra de reconhecido agradecimento à Dra. Sandra Costa, por todo o apoio, motivação e ajuda proporcionada ao longo deste processo de aprendizagem.

À minha família, pelo apoio recebido, sem o qual a conclusão desta dissertação não teria sido possível.

À direção e conselho de ética do C.M.R.R.C – R.P., por terem aprovado a minha recolha de dados junto dos doentes da sua instituição, e pelo esclarecimento de todas as dúvidas que me surgiram, no processo de recolha dos dados necessários à conclusão desta dissertação.

Às terapeutas da fala, pelo apoio imprescindível na adaptação dos materiais utilizados e pelo ensinamento das melhores estratégias para comunicar com indivíduos com comprometimentos ao nível da linguagem.

A toda a equipa de enfermeiros do C.M.R.R.C – R.P., por toda a disponibilidade e colaboração demonstradas ao longo de todo o tempo despendido para o preenchimento dos questionários necessários para a avaliação dos doentes.

Às Profs. Dras. Alexandra Reis e Dina Silva, pela orientação prestada durante todo o desenvolvimento da dissertação.

Por fim, deixo os meus profundos agradecimentos a todos os doentes que aceitaram participar neste estudo, desejando a todos uma excelente recuperação e uma vida longa e saudável.

Resumo

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, frequentemente acompanhado por comorbilidades, como a afasia, que impactam significativamente a recuperação funcional dos doentes. Este estudo investigou a correlação entre algumas variáveis (sintomatologia depressiva, suporte social percebido, gravidade do AVC), e o estado funcional dos doentes no momento da admissão e na alta de um centro de reabilitação. Além disso, foram investigadas as correlações entre a sintomatologia depressiva e o grau de recuperação funcional, bem como entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva. Foi criado um grupo específico de doentes com afasia, na tentativa de adquirir um melhor conhecimento sobre os desafios específicos deste subgrupo clínico, em relação às variáveis em estudo.

A amostra foi composta por 27 doentes vítimas de AVC, dos quais quatro apresentaram uma perturbação afásica. A sintomatologia depressiva foi avaliada através do CES-D (doentes sem afasia) e do SADQ-H (para ambos os grupos). O suporte social percebido foi medido através do MSPSS (para doentes sem afasia) e de uma versão adaptada para os doentes com afasia. A gravidade do AVC foi avaliada pela NIHSS.

Os resultados revelaram que os doentes com afasia apresentaram um pior estado funcional na admissão e uma tendência para AVC de maior gravidade. No entanto, conseguiram alcançar níveis de funcionalidade semelhantes aos dos doentes sem afasia após a reabilitação, apesar de um tempo de internamento mais longo. Nos doentes sem afasia, encontrou-se uma correlação entre a funcionalidade inicial e a sintomatologia depressiva, sugerindo que as limitações funcionais iniciais podem contribuir para o aumento dos sintomas depressivos na admissão. Ainda, neste grupo, o suporte social percebido exerceu um papel protetor contra a depressão dos doentes durante a reabilitação, mas não se associou diretamente à funcionalidade. Para os doentes com afasia, o apoio social percebido foi positivamente correlacionado com a funcionalidade na admissão.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, afasia, funcionalidade, depressão pós-AVC, suporte social percebido.

Abstract

Stroke is one of the leading causes of disability worldwide and is often accompanied by comorbidities such as aphasia, which significantly impact the functional recovery of patients. This study investigated the correlation between certain variables (depressive symptoms, perceived social support, stroke severity) and the functional status of patients at admission and discharge from a rehabilitation center. In addition, correlations between depressive symptoms and the degree of functional recovery were investigated, as well as between the perceived social support and depressive symptoms. A specific group of patients with aphasia was created to better understand the particular challenges of this clinical subgroup concerning the variables studied.

The sample consisted of 27 stroke patients, four of whom presented with aphasic disorders. Depressive symptoms were assessed using the CES-D (for non-aphasic patients) and the SADQ-H (for both groups). Perceived social support was measured using the MSPSS (for non-aphasic patients) and an adapted version for aphasic patients. Stroke severity was evaluated using the NIHSS.

The results showed that patients with aphasia presented poorer functional status at admission and a tendency for more severe strokes. However, they achieved levels of functionality similar to those of non-aphasic patients after rehabilitation, albeit with a longer hospitalization period. In non-aphasic patients, a correlation was found between initial functionality and depressive symptoms, suggesting that initial functional limitations may contribute to increased depressive symptoms at admission. In this group, perceived social support played a protective role against depression during rehabilitation but was not directly associated with functionality. For patients with aphasia, perceived social support was positively correlated with functionality at admission.

Keywords: Stroke, aphasia, functionality, post-stroke depression, perceived social support.

Índice

1. Introdução	2
2. Enquadramento Teórico	4
2.1. Recuperação Funcional e Gravidade do AVC em Doentes com e sem Afasia	4
2.2. Relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia	8
2.3. Relação entre o Suporte Social Percebido, a Funcionalidade e a Sintomatologia Depressiva em Doentes pós-AVC com e sem Afasia.....	15
3. Objetivos	24
4. Metodologia	24
4.1. Participantes.....	24
4.1.1. Participantes sem Afasia	24
4.1.2. Participantes com Afasia.....	25
5. Instrumentos	26
5.1. Medida de Independência Funcional (MIF)	26
5.2. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)	26
5.3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).....	27
5.4. Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version (SADQ-H21).....	28
5.5. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	29
5.6. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – Adaptada	29
6. Procedimentos	30
7. Análise Estatística	32
8. Resultados	34
8.1. Gravidade do AVC, Afasia e Funcionalidade	34
8.2. Sintomatologia Depressiva e Funcionalidade.....	36
8.3. Suporte Social Percebido, Funcionalidade e Sintomatologia Depressiva.....	40
9. Discussão	46
9.1. Relações entre a Gravidade Inicial do AVC, a Afasia e a Funcionalidade	46

9.2. Relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia	49
9.3. Relação entre o Suporte Social Percebido e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia.....	55
9.4. Relação entre o Suporte Social Percebido e a Sintomatologia Depressiva em Doentes pós-AVC com e sem Afasia.....	58
10. Conclusão.....	66
Referências.....	68
Anexos	88

Índice de tabelas

Tabela 1 - Comparação do Estado Funcional, Resultado Funcional e Gravidade do AVC entre Grupos com e sem Afasia	35
Tabela 2 - Correlação entre Gravidade do AVC e Funcionalidade (Admissão e Alta) por Grupo	36
Tabela 3 - Correlação entre a Sintomatologia Depressiva na Admissão, Estado Funcional Inicial e Resultado Funcional por Grupo.....	37
Tabela 4 - Correlação entre a Sintomatologia Depressiva Inicial e o Grau de Recuperação Funcional por Grupo.....	38
Tabela 5 - Correlação entre a Sintomatologia Depressiva na Admissão e na Alta por Grupo..	39
Tabela 6 - Diferenças nos Níveis de Sintomatologia Depressiva entre a Admissão (T1) e Alta (T2) por Grupo	39
Tabela 7 - Comparação dos Níveis de Apoio Social Percebido entre os Grupos com e sem Afasia nos Momentos de Admissão e Alta	41
Tabela 8 - Diferenças nos Níveis de Suporte Social Percebido entre a Admissão e a Alta por Grupo	42
Tabela 9 - Correlação entre o Apoio Social Percebido e o Estado Funcional Inicial por Grupo	43
Tabela 10 - Correlação entre o apoio social percebido na admissão e o resultado funcional na alta, por grupo	43
Tabela 11 - Correlação entre a Sintomatologia Depressiva e o Apoio Social Percebido na Admissão e Alta	45
Tabela 12 - Correlação entre o Apoio Social Percebido e a Sintomatologia Depressiva no Grupo com Afasia	45

Índice de figuras

Figura 1 - Média da MIF-admissão e MIF-alta nos Grupos AVC (Sem Afasia) e AFAS (Com Afasia).....	34
Figura 2 - Média da sintomatologia depressiva observada no momento da Admissão e na Alta entre grupos.....	40
Figura 3 - Média da Quantidade de Apoio Social Percebido Observado no Momento da Admissão e na Alta, entre Grupos	44

Lista de Abreviaturas

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária.

AVC: Acidente Vascular Cerebral.

AVD: Atividades de Vida Diária.

DPAVC: Depressão Pós-AVC.

MIF: Medida de Independência Funcional.

MIF-cognitiva: subescala da MIF que avalia a expressão, compreensão, interação social, resolução de problemas e memória.

MIF-motora: Subescala da MIF que avalia o desempenho na realização das ABVD.

NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale.

QVRS: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

1 Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade a nível global (Katan & Luft, 2018), resultando em diversas sequelas físicas, cognitivas e emocionais que comprometem significativamente a funcionalidade dos doentes (Einstad et al., 2021). Considerando que a recuperação funcional mais significativa ocorre nos primeiros meses após o AVC, a reabilitação desempenha um papel fundamental na mitigação dessas limitações, promovendo a recuperação ao longo desse período (Mutai et al., 2011; Veerbeek et al., 2011; Yang et al., 2024). Contudo, dado que a recuperação funcional apresenta uma variabilidade substancial entre os doentes, sendo influenciada por múltiplos fatores que a impactam de maneiras distintas (Inouye et al., 2000), é crucial compreender o papel relativo desses fatores sobre a funcionalidade. Esse conhecimento é essencial para prever o prognóstico dos doentes, personalizar intervenções, otimizar a reabilitação na fase subaguda e preparar os doentes para um retorno ao domicílio com maior autonomia (Inouye et al., 2000; Veerbeek et al., 2011; Yang et al., 2024).

Entre os vários fatores que podem influenciar a funcionalidade dos doentes com AVC, esta dissertação focou-se na depressão pós-AVC (DPAVC), no suporte social percebido e na gravidade do AVC. A DPAVC é amplamente reconhecida como uma variável que pode comprometer a recuperação funcional, afetando a motivação dos doentes e dificultando a sua participação nas atividades de reabilitação (Gillen et al., 2001; Spencer et al., 1997). A perceção de apoio e valorização por parte dos doentes pode atenuar a sintomatologia depressiva e promover uma recuperação funcional mais eficaz, incentivando a participação ativa na reabilitação (Glass & Maddox, 1992). Adicionalmente, a gravidade do AVC desempenha um papel significativo na recuperação funcional, sobrepondo-se frequentemente ao impacto de outras variáveis (Jeng et al., 2008). Deste modo, a escolha destes fatores justifica-se pela sua relevância clínica.

Embora estas variáveis sejam amplamente investigadas na literatura, a maioria dos estudos foca-se em populações de doentes sem dificuldades significativas de comunicação, excluindo frequentemente aqueles que apresentam afasia (Hilari & Northcott, 2016; Townend et al., 2007b). Esta lacuna é particularmente relevante, pois a afasia, uma perturbação da linguagem frequentemente causada por lesões no hemisfério cerebral esquerdo, limita severamente a comunicação dos doentes, dificultando a interação social e aumentando o risco de isolamento e depressão (Azios et al., 2021;

Hilari, 2010). Assim, a inclusão de doentes com afasia é essencial para uma compreensão mais abrangente do impacto destes fatores na recuperação funcional.

Desta forma, esta dissertação tem como objetivo investigar a associação entre a sintomatologia depressiva, o suporte social percebido e a gravidade inicial do AVC com a funcionalidade dos doentes no momento da admissão e na alta de um centro de reabilitação. Também procura verificar as correlações entre a sintomatologia depressiva e o grau de recuperação funcional, bem como entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva. Paralelamente, procura explorar como a presença de afasia pode alterar as dinâmicas dessas variáveis, preenchendo uma lacuna existente na literatura e oferecendo uma análise mais inclusiva no contexto da recuperação pós-AVC.

2 Enquadramento Teórico

2.1. Recuperação Funcional e Gravidade do AVC em Doentes com e sem Afasia

Quando um indivíduo sofre um Acidente Vascular Cerebral (AVC), poderá apresentar sequelas que se manifestam ao nível motor, sensorial, perceptivo e/ou cognitivo. Estas perturbações poderão impactar de diferentes formas a autonomia funcional do doente, ao gerarem incapacidades que afetam de forma negativa o seu potencial para ser reabilitado (Mercier et al., 2001).

No contexto de reabilitação do AVC, os profissionais de saúde avaliam com frequência o estado funcional do doente, com base na sua capacidade ou incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD). Esta avaliação é essencial para identificar os métodos e rotinas de tratamento mais eficazes para apoiar os doentes no regresso às suas vidas e atividades pré-mórbidas (Galeoto et al., 2019).

Apesar dos esforços de reabilitação, passados seis meses após o AVC, aproximadamente metade dos indivíduos ainda necessitam da ajuda de terceiros para desempenhar as atividades básicas de vida diária (ABVD). As ABVD, essenciais para a sobrevivência, referem-se às tarefas de rotina executadas diariamente pelo doente para manter o nível de cuidados pessoais, tais como ser capaz de alimentar-se, vestir-se, cuidar da aparência e da higiene pessoal, manter a mobilidade (no interior da habitação) e transferências (e.g., deslocar-se de uma cama para uma cadeira) (Legg et al., 2007).

Estas limitações sublinham a importância de identificar fatores que podem influenciar a recuperação funcional dos doentes. A literatura sobre a identificação e avaliação dos fatores que predizem o resultado funcional, prende-se com o fato de que o ritmo e a qualidade da recuperação funcional varia de forma significativa entre os indivíduos que sofreram um AVC. A identificação e compreensão desses fatores irá contribuir para otimizar a utilização dos serviços de reabilitação, possibilitando a diferenciação entre os doentes que poderão obter resultados mais favoráveis dos que poderão apresentar resultados mais negativos (Inouye et al., 2000).

Entre esses fatores, as perturbações neuropsicológicas são amplamente reconhecidas por desempenharem um papel importante na recuperação do AVC, influenciando o resultado funcional dos doentes (Kotila et al., 1984). No entanto, ainda permanecem incertezas sobre o papel específico dos vários défices neuropsicológicos como preditores do resultado funcional, no caso de indivíduos que sofreram um AVC (Gialanella et al., 2010a).

Entre esses défices neuropsicológicos encontra-se a afasia, que pode ser definida como uma perturbação multimodal do processamento da linguagem que poderá afetar a comunicação em diferentes graus. Esta perturbação é comumente causada por AVC, ou outras lesões cerebrais do hemisfério esquerdo, afetando os indivíduos de diferentes formas, dependendo da área cerebral lesionada e da gravidade da lesão neurológica (Gialanella et al., 2010a; Pompon et al., 2022). Como a afasia está associada a uma maior gravidade global do AVC, os indivíduos com esta perturbação poderão sofrer de lesões cerebrais mais extensas, que causam uma maior incapacidade na realização das AVD (Wade et al., 1986).

Além disso, a afasia pode influenciar de forma distinta o resultado funcional dos doentes, dependendo do domínio da linguagem afetado pela perturbação. Entre os domínios linguísticos, a compreensão da linguagem é um fator importante para a recuperação funcional dos doentes vítimas de AVC em contexto de reabilitação, podendo exercer um efeito negativo sobre a sua funcionalidade, devido, em parte, à limitação na capacidade de aprendizagem no decorrer da reabilitação (Paolucci et al., 2005). Segundo alguns autores, os doentes afásicos com défices de compreensão apresentam-se mais debilitados funcionalmente na admissão e na alta, em comparação com os doentes sem estes défices ou sem afasia, demonstrando um estado funcional, na alta, equiparável aos doentes que acabaram de ser admitidos, mas que não possuem uma perturbação afásica, ou não apresentam dificuldades ao nível da compreensão da linguagem (Paolucci et al., 1996; Paolucci et al., 1998; Paolucci et al., 2005).

No entanto, embora uma boa capacidade de compreensão da linguagem aparente ser um fator crucial para uma melhor recuperação funcional nos indivíduos afásicos, outros autores acreditam que o discurso espontâneo é um fator preditor mais importante para uma boa realização das AVD. Ao contrário de Paolucci et al (2005), Gialanella et al. (2010b) não conseguiram estabelecer uma associação entre a presença de défices de compreensão e a capacidade de realização das AVD no momento da alta, sugerindo que os indivíduos que apresentam dificuldades ao nível da compreensão da linguagem, ainda poderão ser capazes de tomar partido das facilitações linguísticas e extralinguísticas, tais como o ambiente envolvente, as expressões faciais, os gestos e o tom de voz dos examinadores, por forma a alcançar uma maior capacidade de aprendizagem e participação no tratamento de reabilitação.

Além disso, Gialanella et al. (2010b) relatam que, em oposição à compreensão da linguagem, o discurso espontâneo foi um fator preditor da subescala motora da Medida

de Independência Funcional (MIF-Motora), subescala essa que avalia o desempenho na realização das ABVD. Uma possível explicação para este resultado é a relação existente entre o discurso espontâneo e a motricidade dos membros, uma vez que a área cortical destas duas funções, que se encontram localizadas próximas uma da outra, na parte posterior do lobo frontal, podem ser danificadas em conjunto devido ao AVC, sendo que a motricidade dos membros está fortemente correlacionada com o desempenho funcional dos doentes com AVC.

Mesmo assim, e independentemente da presença de défices ao nível da compreensão ou da expressão da linguagem, é importante destacar que a presença desta perturbação afeta de forma negativa as pontuações obtidas pelos indivíduos na subescala cognitiva da Medida de Independência Funcional (MIF-Cognitiva). Este fenómeno revela que uma boa capacidade linguística é essencial para uma interação social eficiente e para a resolução de problemas, aspetos fundamentais para uma reabilitação eficaz (Gialanella et al., 2010a).

Embora a funcionalidade dos doentes pós-AVC possa ser influenciada pela presença de perturbações neuropsicológicas, como a afasia, outro fator importante a considerar é a gravidade do AVC. Os indivíduos vítimas de AVC geralmente sofrem uma redução variável na sua capacidade de realizar as ABVD devido às incapacidades neurológicas. Nesse sentido, um conhecimento aprofundado sobre a recuperação neurológica é essencial para cuidar desta população. Este conhecimento é crítico para o planeamento do tratamento e para a realização de prognósticos dos indivíduos com AVC (Jørgense et al., 2000; Patel et al., 2000).

A gravidade do AVC, medida através da avaliação do grau de incapacidade neurológica, é parte integral do cuidado prestado aos doentes, bem como da avaliação dos doentes em ensaios clínicos. Esta é geralmente quantificada através de instrumentos de medição tais como a *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Brott et al., 1989). O resultado da pontuação obtida nesta escala tem vindo a ser descrito como um preditor significativo e independente do resultado após AVC, sendo que, esta informação, quando recolhida no período inicial da apresentação dos sintomas, é valiosa para prever a mortalidade e a recuperação funcional.

Por exemplo, Jeng et al. (2008), mostrou que a pontuação obtida na NIHSS, avaliada na altura da entrada ao serviço de urgência, era um fator de prognóstico independente e importante da dependência ou morte dos doentes vítimas de AVC de gravidades moderadas a graves, sendo que uma pontuação superior a 20 nesta escala

previa uma alta probabilidade de morte ou incapacidade grave. Mais recentemente, Jain et al. (2016) reforçaram a importância da NIHSS como ferramenta para identificar os doentes com risco acrescido de resultados negativos pós-AVC. O estudo revelou que, para cada aumento de um ponto na NIHSS, o risco de mortalidade duplicava, e o risco de agravamento da função ambulatoria triplicava, sendo esta função um forte preditor da independência a longo prazo (Harvey, 2015).

Já o Copenhagen Stroke Study (2000) analisou o impacto da incapacidade neurológica na funcionalidade dos doentes desde a fase aguda até a conclusão da reabilitação, revelando que a velocidade de recuperação dependia da gravidade inicial do AVC. A recuperação funcional ocorreu em dois meses para os AVCs ligeiros, três meses para os moderados, quatro meses para os graves e cinco meses para os casos mais graves. A independência nas funções foi alcançada por apenas 4% dos doentes com AVC muito grave, 13% com AVC grave, 37% com AVC moderado e 68% com AVC ligeiro. Este estudo concluiu que a gravidade inicial do AVC é o fator mais determinante na recuperação funcional pós-AVC (Jørgensen et al., 2000).

Considerando o impacto da gravidade do AVC na recuperação funcional dos doentes, é igualmente importante examinar como esta variável afeta, de forma distinta, o resultado funcional dos doentes com afasia, em comparação com aqueles que não apresentam essa perturbação.

Neste contexto, os indivíduos com afasia aparentam apresentar lesões cerebrais mais extensas, que causam maiores perdas em termos da execução das AVD e nas funções linguísticas (Wade et al., 1986). Assim, e segundo vários autores (ver, por exemplo, Ali et al., 2013; Pedersen et al., 1996; Wade et al., 1986), o resultado funcional dos indivíduos com AVC é influenciado pela presença e gravidade da afasia, uma vez que esta perturbação está associada à gravidade do AVC. Os doentes que apresentam afasia grave na admissão hospitalar têm um prognóstico associado a um AVC grave e a uma alta mortalidade (Pedersen et al., 1995). Pedersen et al. (1996) verificou uma correlação univariada significativa entre a pontuação obtida numa escala funcional (Índice de Barthel) e a presença da afasia, relação esta causada segundo os autores, por estas duas variáveis estarem relacionadas com a gravidade do AVC.

Em resumo, a literatura destaca a relevância da gravidade do AVC como um fator importante na recuperação funcional dos doentes, sendo que esta variável parece impactar de forma significativa a capacidade dos indivíduos de retomar a autonomia na realização das AVD. Além disso, a presença da afasia parece colocar barreiras adicionais à

recuperação funcional, não só devido à sua associação com uma maior gravidade do AVC, mas também devido a fatores específicos. As dificuldades ao nível da compreensão das instruções de reabilitação podem prejudicar a aprendizagem e a adesão ao tratamento. Adicionalmente, a proximidade entre as áreas corticais responsáveis pela linguagem e aquelas responsáveis pela motricidade dos membros pode resultar em lesões simultâneas em ambas as áreas, agravando as dificuldades motoras e comprometendo ainda mais a funcionalidade dos doentes.

Diante da informação revista, a presente investigação procura explorar as diferenças na funcionalidade e na gravidade do AVC entre os doentes com e sem afasia. A questão de investigação que se coloca é a seguinte: a gravidade do AVC e a funcionalidade dos doentes, na altura da admissão (MIF-Admissão) e na alta (MIF-Alta), variam entre os doentes com e sem afasia?

Com base nesta questão e na literatura analisada, a primeira hipótese proposta é que o grupo com afasia apresentará um pior estado funcional inicial (menores níveis de MIF-Admissão), um pior resultado funcional (menores níveis de MIF-Alta) e uma maior gravidade do AVC em comparação com o grupo sem afasia.

2.2. Relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia

No passado, a causa da Depressão Pós-AVC (DPAVC) era vista principalmente como uma resposta psicológica esperada face às implicações de um evento marcante que representa uma ameaça à vida, ou como uma reação à perda das faculdades intelectuais ou físicas. No entanto outros artigos colocaram em causa esta interpretação inicial (Robinson et al., 1983). De interesse especial foi o estudo desenvolvido por Folstein et al. (1977), que teve como objetivo verificar se o AVC provocava distúrbios emocionais específicos. Estes autores compararam um grupo de doentes vítimas de AVC a um grupo de doentes ortopédicos, avaliando-os em termos de incapacidades funcionais e sintomas psiquiátricos. Neste estudo, verificou-se que a prevalência da depressão foi maior nos indivíduos com AVC em comparação com os doentes ortopédicos, embora o grau de incapacidade funcional fosse o mesmo nos dois grupos. Assim, verificaram que a perturbação do humor era um sintoma comum e específico aos doentes que sofreram um AVC, embora até então não fosse reconhecida como uma complicação psiquiátrica.

Após a ocorrência de um AVC, os doentes poderão apresentar um vasto conjunto de perturbações emocionais e comportamentais. A DPAVC é uma perturbação que causa

um impacto negativo ao nível biológico, psicológico e social do doente e da sua família, pelo que possui uma elevada relevância clínica. Por forma a maximizar o potencial de cada doente em obter ganhos terapêuticos, é essencial atender aos sintomas depressivos quando estes se encontram presentes (Spencer et al., 1997). Porém, embora seja considerada uma manifestação neuropsiquiátrica que ocorre com frequência, muitas vezes não é detetada nem diagnosticada (Gaete & Bogousslavsky, 2008).

Além disso, uma das grandes limitações da literatura no que respeita a DPAVC, relaciona-se com a dificuldade em diagnosticar com exatidão esta perturbação utilizando avaliações psiquiátricas padronizadas, em indivíduos com comprometimento neurológico. Na avaliação da depressão, existe o pressuposto de que os doentes têm consciência da sua situação, que são capazes de relatar o seu estado de humor com exatidão, e não possuem condições médicas ou neurológicas que possam imitar a sintomatologia que se pretende estudar. No entanto, o diagnóstico da DPAVC é dificultado pela heterogeneidade de sequelas neurológicas concomitantes que poderão estar presentes após o AVC, nomeadamente, a afasia, a apraxia, a agnosia, as alterações comportamentais e as perturbações da memória, que poderão dificultar o processo de avaliação. A capacidade do doente em expressar ou comunicar os seus sintomas depressivos também poderá ficar restrita adicionalmente pela fadiga, labilidade emocional e/ou pela anosognosia, pelo que o AVC poderá ser a causa direta de muita da sintomatologia observada na depressão (i.e., lentidão psicomotora, dificuldades de concentração, falta de energia, perturbações do sono e falta de apetite). Ademais, os sintomas somáticos poderão ter como causa o próprio envelhecimento do indivíduo e o seu meio envolvente (a estadia hospitalar por exemplo poderá afetar os padrões de sono dos indivíduos) (Gaete & Bogousslavsky, 2008; Gordon & Hibbard, 1997; Spencer et al., 1997).

Também se torna difícil estabelecer o intervalo de tempo adequado após o AVC para avaliar a sintomatologia depressiva, quais os doentes que poderão beneficiar de questionários de rastreio para a depressão e quais as escalas mais indicadas para o efeito (Gaete & Bogousslavsky, 2008). Todo este conjunto de fatores poderá criar dificuldades adicionais aos profissionais que tentam identificar e medir a extensão e a natureza da depressão em indivíduos com lesão cerebral.

De igual modo, estes problemas criam dificuldades aos investigadores que tentam caracterizar as causas e os fatores associados à depressão ligada às patologias cerebrais (Spencer et al., 1997). Devido em grande parte a diferenças metodológicas nos estudos, nomeadamente a atribuição de diferentes critérios utilizados na seleção dos participantes,

à diversidade de instrumentos utilizados, ao tempo decorrido desde o AVC até à primeira avaliação e às dificuldades inerentes à avaliação da depressão em doentes vítimas de AVC, a verdadeira prevalência da DPAVC permanece incerta (Gordon & Hibbard, 1997; Pohjasvaara et al., 1998), embora se estime que esta esteja compreendida a nível mundial entre os 22% e os 40% dos doentes vítimas de AVC (Almhdawi et al., 2020).

Quanto à correlação neuroanatômica da DPAVC, esta continua a ser uma questão controversa. Alguns estudos relataram que a síndrome da depressão major é mais frequente entre os doentes vítimas de AVC que sofreram lesão cerebral localizada no córtex frontal esquerdo (Robinson et al., 1984) ou nos núcleos de base deste hemisfério (Sarkstein et al., 1987). No entanto, outros estudos relatam uma maior gravidade de sintomatologia depressiva em indivíduos com lesão no hemisfério direito (e.g., Egelko et al., 1989), ou não conseguem estabelecer uma correlação significativa entre a localização da lesão e a DPAVC (e.g., Pohjasvaara et al., 1998). A relação entre a localização da lesão cerebral e a presença da DPAVC também parece ser mediada pelo tempo decorrido desde o AVC. Assim, segundo Schwartz et al. (1993), lesões frontais esquerdas poderão causar depressão nas fases iniciais após o AVC, e lesões de grande volume localizadas na parte posterior do hemisfério direito poderão ser responsáveis pelo aparecimento da sintomatologia depressiva em fases subsequentes. Para além disso, a influencia da localização anatómica da lesão cerebral sobre o estado de humor, parece ser maior nos momentos iniciais após o AVC, sendo que em momentos posteriores, após o início do processo de reabilitação, o volume total do tecido cerebral lesado e o grau de incapacidade funcional poderão ser melhores preditores da DPAVC.

De facto, Loong et al. (1995) relatam no seu estudo que a sintomatologia depressiva dos doentes foi melhorando à medida que estes foram recuperando o seu estado funcional, apontando para a hipótese de que a DPAVC também poderá ser de natureza reativa, surgindo como consequência secundária às perdas das capacidades físicas e psicossociais. Assim, parece existir uma correlação direta entre o grau da incapacidade funcional e a gravidade da depressão. No entanto, é importante referir que neste estudo, não foi observada uma evolução no estado de humor em cerca de 20% dos doentes, mesmo após as melhoras observadas nas capacidades funcionais.

Mais recentemente, Kutlubaev & Hackett (2014) realizaram uma meta-análise que teve como objetivo verificar os efeitos da depressão nos resultados do AVC. Neste estudo incluíram várias coortes de doentes com AVC, abrangendo estudos com participantes internados em programas de reabilitação, estudos populacionais e estudos de doentes

hospitalizados (na fase aguda após o AVC). Assim, as conclusões obtidas por estes autores poderão não se aplicar necessariamente aos doentes internados num centro de reabilitação. Nos diversos estudos analisados, o tempo decorrido desde a primeira avaliação da depressão até à avaliação do resultado do AVC, variou entre alguns dias, até cinco anos após o AVC, demonstrando assim a grande variedade metodológica existente na literatura sobre a DPAVC. Esta meta-análise concluiu que a incapacidade física, tanto na fase aguda como nas posteriores, está consistentemente associada com a DPAVC, pelo que doentes que apresentem estas características clínicas deverão ser rastreados para verificar a presença de sintomatologia depressiva. Para além do mais, a depressão foi um fator preditor de um pior resultado funcional, existindo um círculo vicioso entre a depressão e o estado funcional após o AVC.

Enquanto que a meta-análise de Kutlubaev & Hackett (2014) revela uma relação consistente entre a incapacidade física e a DPAVC ao longo do tempo, é importante explorar o impacto que a DPAVC exerce sobre a participação dos doentes no processo de reabilitação e, conseqüentemente, nos resultados alcançados por estes no decorrer do internamento.

A sintomatologia depressiva, nomeadamente a redução motivacional, as expectativas pessimistas, a fadiga, a perda de confiança e as dificuldades ao nível da atenção e concentração, poderão restringir os benefícios da reabilitação dos doentes vítimas de AVC. Deste modo, esta perturbação poderá ser um fator preditor do resultado funcional dos indivíduos que sofreram um AVC ao afetar de forma negativa a capacidade ou a iniciativa dos doentes em participarem nas terapias e na realização das mudanças do estilo de vida, necessárias para uma recuperação funcional ideal (Belagaje, 2017; Gillen et al., 2001; Kutlubaev & Hackett, 2014).

Vários artigos destacam que os doentes vítimas de AVC com depressão apresentam níveis mais baixos de funcionalidade tanto na admissão quanto na alta do processo de reabilitação, quando comparados com doentes não deprimidos (Diamond et al., 1995; Loong et al., 1995; Sinyor et al., 1986). Contudo, as evidências também sugerem que os ganhos funcionais obtidos ao longo da reabilitação são semelhantes entre os dois grupos, indicando que a depressão poderá não interferir significativamente no progresso funcional relativo, durante este período (Diamond et al., 1995; Loong et al., 1995; Sinyor et al., 1986). Van Der Weg & Lankhorst (1999) também vêm a reforçar esta posição, uma vez que obtiveram resultados semelhantes, embora as avaliações de

seguimento tenham sido efetuadas seis meses após a avaliação inicial e não na altura da alta do centro de reabilitação.

Esta aparente ausência de um impacto negativo da depressão, sobre o grau de recuperação funcional alcançado ao longo do processo de reabilitação, poderá ser explicada pelo contexto estruturado e intensivo de um programa de reabilitação, no qual os doentes, independentemente da sintomatologia depressiva, são continuamente incentivados a participar e apoiados por uma equipa multidisciplinar de profissionais. Tal abordagem poderá compensar os potenciais efeitos adversos da depressão, permitindo que os doentes deprimidos alcancem um grau de recuperação funcional comparável à dos doentes sem depressão. No entanto, é importante notar que, embora a recuperação funcional possa ser semelhante, as diferenças ao nível da funcionalidade observadas na admissão e na alta parecem refletir uma funcionalidade mais baixa nos doentes com depressão, em comparação com os doentes sem depressão (Diamond et al., 1995; Sinyor et al., 1986; Van Der Weg & Lankhorst, 1999).

Para além de investigar o impacto que a DPAVC exerce sobre a recuperação dos doentes vítimas de AVC em geral, também se torna importante verificar o efeito desta perturbação sobre a recuperação funcional de subgrupos específicos de doentes que sofreram um AVC, tais como os indivíduos que sofrem de afasia. A prevalência e as características biopsicossociais associadas a esta perturbação fazem com que seja bastante relevante o estudo da DPAVC neste subgrupo clínico (Townend et al., 2007a).

A presença da afasia após um AVC poderá impactar de forma significativa o estado de humor dos doentes, sendo que os distúrbios emocionais poderão ser vistos como uma reação psicológica esperada, face às incapacidades que acompanham esta perturbação. Estes indivíduos enfrentam um declínio brusco e inesperado na sua capacidade linguística bem como na sua capacidade de realizar as AVD, sendo que a reação emocional a esta situação se manifesta frequentemente através da depressão (Code et al., 1999; Thomas & Lincoln, 2006).

A literatura refere uma relação entre o síndrome afásico e a prevalência da depressão, julgando-se que os doentes com afasias do tipo não-fluente possuem um risco mais elevado de vir a sofrer de depressão em comparação com os indivíduos com afasias fluentes (Herrmann et al., 1993; Robinson & Benson, 1981), devido a uma maior consciencialização dos seus défices, à aproximação da lesão ao polo frontal do hemisfério esquerdo e a uma idade mais jovem. No entanto, a prevalência dos transtornos depressivos maiores em indivíduos com síndromes afásicas fluentes poderá vir a aumentar com o

decorrer do tempo, à medida que os défices de compreensão presentes nestes doentes se vão amenizando no período de seguimento, permitindo assim uma maior consciencialização dos seus défices (Kauhanen et al., 2000).

Mesmo assim, e independentemente da relação particular entre os síndromes afásicas e a prevalência da DPAVC, a prevalência geral da depressão nos doentes de AVC com afasia raramente é reportada, embora esta perturbação afete aproximadamente um terço dos indivíduos vítimas de AVC (Ashaie et al., 2019). Assim, tem vindo a ser observado na literatura um viés sistemático nas investigações sobre a DPAVC através da exclusão recorrente de indivíduos com afasia (Townend et al., 2007b). A exclusão dos indivíduos afásicos, deve-se em grande medida às dificuldades inerentes à avaliação válida e fiável de indivíduos com dificuldades ao nível da compreensão e expressão da linguagem, uma vez que se torna difícil a administração de escalas ou entrevistas padronizadas a este subgrupo clínico (Herrmann et al., 1993; Singh et al., 1998). Devido a estas dificuldades, a gravidade e prevalência da depressão em doentes com lesões no hemisfério esquerdo pode estar a ser subestimada. Mesmo quando existem dados sobre as taxas de perturbações depressivas em doentes afásicos, estas são muito variáveis, oscilando entre os 34% e os 60% (Pompon et al., 2022).

Uma revisão sistemática de estudos que diagnosticaram a DPAVC, em doentes com AVC, concluiu que cerca de 71% dos mesmos relatou exclusão de doentes com afasia (Townend et al., 2007b). Para além disso, uma grande parte destes estudos não relatou de forma satisfatória os critérios de inclusão e de exclusão utilizados para selecionar os indivíduos afásicos (e.g., se a inclusão/exclusão dos indivíduos afásicos baseou-se na gravidade da afasia ou noutra critério), bem como a forma como foi diagnosticada esta perturbação (e.g., quais os instrumentos utilizados para diagnosticar a afasia). Assim, estes problemas metodológicos vêm a dificultar a generalização dos resultados e o conhecimento sobre o grau em que a amostra estudada representa verdadeiramente a população-alvo que se pretende estudar. Para além disso, noutra revisão, os mesmos autores verificaram que apenas 29 dos 60 estudos analisados relataram algum tipo de informação sobre a forma como os instrumentos de diagnóstico da depressão convencionais foram adaptados para serem utilizados em indivíduos com afasia (Townend et al., 2007a). Sem algum tipo de adaptação, estes questionários convencionais poderão ser de difícil compreensão para os indivíduos com perturbações da linguagem (Ashaie et al., 2019).

Estes problemas metodológicos vêm a evidenciar a necessidade de estratégias mais robustas para incluir indivíduos com afasia em pesquisas sobre a DPAVC. Nesse sentido, para complementar a informação recolhida através dos instrumentos de diagnóstico da depressão, adaptados para os indivíduos afásicos, os terapeutas da fala também poderão auxiliar na investigação da DPAVC, através da apresentação de sugestões sobre as formas mais adequadas de comunicar com os indivíduos afásicos, durante as avaliações da depressão. A informação adquirida através destes profissionais também se torna importante para o diagnóstico da afasia, pois poderão diferenciar a afasia de uma perturbação motora da fala (ex: apraxia ou disartria), revelar diagnósticos da comunicação alternativos ou coexistentes e indicar défices subtis que de outra forma poderiam não ter sido notados (Spencer et al., 1997).

No que respeita a relação entre a DPAVC e o resultado funcional nos indivíduos afásicos, parece existir uma correlação significativa. Assim, num estudo prospetivo (um ano) que teve como objetivo avaliar a prevalência e a evolução da afasia e as suas correlações com outras variáveis incluindo a depressão, verificou-se que a depressão se encontrava presente em 2/3 dos doentes afásicos e que a quantidade de doentes com sintomatologia depressiva foi aumentando gradualmente com o decorrer do tempo (11% dos doentes afásicos foram diagnosticados com perturbação depressiva major aos três meses, aumentando para os 33% aos 12 meses), sendo que os doentes afásicos com depressão estavam mais dependentes na realização das AVD e mais incapacitados em comparação com os doentes afásicos sem depressão, na avaliação efetuada doze meses após o AVC (Kauhanen et al., 2000).

Em suma, devido às dificuldades inerentes ao estudo da depressão em indivíduos com lesão neurológica (Gaete & Bogousslavsky, 2008; Gordon & Hibbard, 1997; Spencer et al., 1997), e à necessidade de uma maior inclusão dos doentes afásicos nos estudos sobre a DPAVC (Townend et al., 2007b), torna-se importante continuar aprofundando o nosso conhecimento sobre este tema, tentando contornar essas dificuldades metodológicas. Para facilitar a recolha de dados entre os doentes com afasia, é importante tentar superar as barreiras existentes ao nível da compreensão e expressão da linguagem, através da adaptação dos instrumentos de avaliação da depressão (Ashaie et al., 2019), e da recolha de informação junto dos terapeutas da fala sobre a melhor forma de comunicar com estes doentes (Spencer et al., 1997).

Assim, esta dissertação tem como objetivo responder à seguinte questão de investigação: De que forma é que a sintomatologia depressiva, apresentada na admissão,

poderá influenciar o estado funcional inicial, o resultado funcional na alta e o grau de recuperação funcional, no decorrer da reabilitação dos doentes, com e sem afasia?

A hipótese proposta será de que uma pior funcionalidade na admissão estará relacionada com uma maior sintomatologia depressiva nos doentes sem afasia, no início da reabilitação, uma vez que esses sintomas frequentemente surgem como uma reação às perdas físicas e psicossociais decorrentes do AVC (Loong et al., 1995). Além disso, a sintomatologia depressiva inicial também deverá impactar negativamente o estado funcional dos doentes sem afasia na alta, devido a fatores como a redução motivacional, expectativas pessimistas e dificuldades de atenção, que podem limitar a adoção de estratégias necessárias para maximizar os ganhos funcionais no final da reabilitação (Belagaje, 2017; Gillen et al., 2001; Kutlubaev & Hackett, 2014).

No entanto, apesar desse impacto no estado funcional absoluto, o grau de recuperação funcional – entendido como uma métrica relativa, que avalia o progresso proporcional em relação ao ponto de partida inicial e ao potencial de recuperação de cada doente – não deverá variar significativamente em função da sintomatologia depressiva, em ambos os grupos. Isto porque, no contexto de internamento para reabilitação, os profissionais poderão proporcionar apoio e incentivar a participação ativa dos doentes com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, atenuando o impacto desses sintomas no progresso funcional relativo (Diamond et al., 1995; Loong et al., 1995; Sinyor et al., 1986). No entanto, os níveis absolutos de funcionalidade poderão permanecer inferiores devido à presença dessa sintomatologia.

No caso dos doentes com afasia, a correlação entre a sintomatologia depressiva inicial e a funcionalidade na admissão deverá ser fraca, uma vez que a menor consciencialização dos seus défices funcionais e linguísticos pode atenuar o impacto imediato da depressão na perceção da funcionalidade. Contudo, ao longo do tempo, é provável que a intensidade da sintomatologia depressiva aumente, à medida que os doentes se tornam mais conscientes das suas limitações linguísticas e funcionais, conforme sugerido pela literatura revista (Kauhanen et al., 2000).

2.3. Relação entre o Suporte Social Percebido, a Funcionalidade e a Sintomatologia Depressiva em Doentes pós-AVC com e sem Afasia

A disponibilidade de suporte social poderá impactar de forma benéfica a saúde e o bem-estar emocional dos indivíduos, ao protegê-los de certas consequências negativas derivadas de doenças graves ou situações de vida stressantes, pelo que se torna importante

o estudo do efeito deste fator sobre o funcionamento e o bem-estar dos doentes no decorrer da doença (Sherbourne & Stewart, 1991).

O suporte social é um conceito amplo que engloba uma variedade de constructos. Este possui uma vertente quantitativa (e.g., o tamanho da rede de suporte ou suporte social estrutural), e qualitativa (e.g., a satisfação com o suporte recebido ou suporte social funcional), podendo ser proveniente de diversas fontes distintas (e.g., suporte recebido do conjugue, filho(s), outros familiares e amigos). Para além disso, o suporte oferecido também pode ser distinguido entre o suporte social recebido (apoio objetivo) e o suporte social percebido (apoio subjetivo) (Kruithof et al., 2013).

Os métodos utilizados para avaliar o suporte social são bastante heterogéneos visto não existir uma conceptualização clara do conceito (Kruithof et al., 2013), no entanto, os investigadores têm vindo a centrar-se cada vez mais nas componentes funcionais do suporte social, sendo a crença na disponibilidade percebida (suporte social percebido) o aspeto mais importante a considerar no estudo da relação entre o suporte social e a saúde (Haber et al., 2007; Sherbourne & Stewart, 1991).

O suporte social percebido pode ser definido como a perceção que o indivíduo possui sobre o valor do apoio recebido através das interações sociais. Assim, este envolve a avaliação ou apreciação da utilidade presente nas relações interpessoais, e a extensão dessa utilidade, avaliada pelo indivíduo (Schaefer et al., 1981). O suporte social percebido pode desempenhar certas funções na satisfação das necessidades específicas dos indivíduos, podendo estas funções ser classificadas em três categorias distintas: suporte emocional, suporte informacional e suporte instrumental (Carvalho et al., 2011).

O suporte emocional eleva a autoestima do sujeito, através da comunicação de que este é estimado e que possui valor inerente, sendo aceite apesar das falhas pessoais ou dificuldades que possa experienciar. Assim, o indivíduo percebe a existência de pessoas em quem confia, que se preocupam, e que o valorizam e gostam si (Carvalho et al., 2011; Cohen & Wills, 1985). Este tipo de apoio, na forma de acolhimento, afeto, consolo, e através da oportunidade de ventilar os sentimentos negativos, poderá ser um fator importante para que o doente consiga lidar com o processo de luto inerente ao AVC de forma eficaz, aumentando a sua autoeficácia. Além do mais, através do encorajamento e do reforço de autoavaliações positivas, o apoio emocional poderá facilitar uma transição para um novo autoconceito ancorado em sentimentos de mestria apesar dos défices presentes, reduzindo a sintomatologia depressiva (Glass & Maddox, 1992).

O suporte instrumental refere-se à prestação de ajuda prática, material e financeira que poderá ser prestada ao indivíduo (e.g., através da assistência comportamental ou ajuda material) (Hilari & Northcott, 2006). Este apoio poderá apresentar um dilema. Por um lado, o auxílio com as tarefas diárias e o desempenho de papéis compensatórios pelos cuidadores, pode ser considerado uma parte necessária do processo de suporte. No entanto, o apoio instrumental também poderá promover sentimentos de dependência. Assim, a quantidade de apoio instrumental prestada poderá exercer diferentes resultados na recuperação funcional do doente. Pouco apoio instrumental poderá levar os doentes a serem confrontados com tarefas perante as quais não conseguem lidar. Demasiado apoio poderá inibir a construção de um novo autoconceito enraizado na autonomia, valor-próprio e mestria, apesar das dificuldades, resultando numa atrofia das capacidades funcionais. Portanto, o apoio instrumental poderá estar associado a uma maior independência funcional apenas quando este é prestado em quantidades moderadas (Glass & Maddox, 1992).

Por fim, o suporte informacional refere-se à ajuda prestada ao indivíduo sobre formas de lidar com eventos problemáticos, ajudando-o a definir e compreender os problemas pelo qual está a passar, através da informação que lhe é transmitida (Carvalho et al., 2011; Cohen & Wills, 1985; Hilari & Northcott, 2006). Este suporte poderá requerer que o doente consiga processar a informação obtida para que possa exercer a sua tomada de decisões. Se tal potencial estiver intacto, a prestação de suporte sob a forma de informação, poderá reforçar um autoconceito no qual o doente é capaz de tomar decisões de forma autónoma e agir de forma independente. Se o doente possuir défices cognitivos, ou for incapaz de compreender ou comunicar, devido às perturbações ao nível da linguagem, a prestação de informações poderá reforçar um autoconceito baseado no pressuposto ou expectativa de que a autonomia e a mestria são conceitos impossíveis de ser concretizados, pelo que o impacto do suporte informacional na independência funcional dos doentes, poderá ser mediado pela gravidade do AVC (Glass & Maddox, 1992).

Entre os três tipos de suporte, o suporte emocional poderá ser o fator mais relevante para que o doente consiga alcançar uma maior autonomia funcional após o AVC. O suporte instrumental e informacional poderão promover a dependência, reduzindo a autoeficácia do doente, dependendo da quantidade de apoio prestada e da gravidade do AVC (Glass & Maddox, 1992).

Quanto à literatura sobre o impacto do suporte social percebido na funcionalidade de doentes pós-AVC é limitada, especialmente em contextos de internamento para reabilitação. No entanto, dois estudos longitudinais, que acompanharam os doentes de AVC durante 6 meses, mostraram que quantidades mais elevadas de suporte social percebido estiveram associadas a uma recuperação funcional mais rápida e significativa. Além disso, a gravidade do AVC parece moderar essa relação, sendo que os doentes com AVCs mais graves parecem tirar maior benefício do suporte social percebido sobre a sua recuperação funcional (Glass et al., 1993; Tsouna-Hadjis et al., 2000).

O suporte social percebido pode desempenhar igualmente um papel fundamental na redução da sintomatologia depressiva em doentes que sofreram um AVC (Lewin et al., 2013). Para compreender o impacto da percepção do suporte social sobre a saúde mental dos doentes, podem ser aplicados dois modelos teóricos: o modelo de amortecimento do stress e o modelo da transição psicossocial (Cohen & Wills, 1985; Glass & Maddox, 1992).

Segundo o modelo de amortecimento do stress, existe uma relação próxima entre a avaliação de um evento como stressante e os sentimentos de desespero, devido à incapacidade percebida de lidar com as situações que exigem uma resposta eficaz. Para além disso, o stress poderá resultar numa perda de autoestima, quando o indivíduo atribui a falha em lidar com a situação de forma adequada aos seus traços de personalidade estáveis, em vez de a uma causa externa. Assim, quando o stress não é mitigado, poderá levar a estados psicológicos negativos como a depressão. O suporte social percebido poderá funcionar como um fator protetor contra um evento stressante, uma vez que o indivíduo pode perceber que os recursos de que necessita estão disponíveis por meio do apoio de terceiros, evitando a avaliação do evento como altamente stressante, diminuindo a sintomatologia depressiva (Cohen & Wills, 1985).

O impacto do suporte social percebido sobre a sintomatologia depressiva dos doentes pós-AVC também pode ser analisado à luz do modelo da transição psicossocial, que interpreta o AVC como um evento súbito que ameaça a autonomia funcional dos doentes, exigindo uma adaptação a um novo autoconceito, que inclui limitações físicas, cognitivas e sociais. Estas limitações podem gerar consequências profundas na percepção de competência e autoeficácia dos doentes, resultando frequentemente num processo de luto, que pode agravar os sintomas depressivos. Parte do processo de reabilitação consiste na integração dos défices residuais num novo sistema de crenças, sustentadas por sentimentos de mestria apesar dos défices. O suporte social percebido, especialmente

quando o doente sente que é acolhido, recebe afeto, é tranquilizado e tem a oportunidade de expressar os seus sentimentos negativos, pode desempenhar um papel fundamental na resolução desse processo de luto. Além disso, quando o doente percebe o suporte emocional como um fator encorajador que reforça as suas autoavaliações positivas, este poderá facilitar uma transição para um autoconceito baseado em sentimentos de mestria apesar dos défices, contribuindo para um aumento da autoeficácia e da autoestima, e consequentemente, para uma redução da sintomatologia depressiva (Glass & Maddox, 1992).

Quanto à associação entre suporte social percebido e a sintomatologia depressiva pós-AVC, uma revisão sistemática de Northcott et al. (2015) concluiu que o suporte social percebido atua como fator protetor contra a sintomatologia depressiva, desde a fase aguda até a fase crónica do AVC.

Por fim, também é importante verificar o impacto do suporte social percebido sobre a funcionalidade dos doentes vítimas de AVC com afasia, uma vez que estes doentes apresentam um conjunto específico de desafios, derivados desta perturbação. Assim, os dados recolhidos dos doentes com AVC em geral podem não ser aplicáveis a este subgrupo de doentes (Hilari & Northcott, 2006). Para além disso, é importante estudar a diferença entre a quantidade de apoio social percebido entre os indivíduos vítimas de AVC, com e sem afasia, uma vez que este tema não tem vindo a ser explorado na literatura, e há inúmeros estudos que analisam o apoio social, mas que excluem os indivíduos com afasia (Hilari & Northcott, 2016).

A afasia poderá causar um impacto significativo na capacidade funcional dos indivíduos, levando muitas vezes a sentimentos de isolamento social e a uma necessidade acrescida de suporte social. As melhorias tanto ao nível do suporte social como da autonomia funcional são fatores cruciais para que os doentes consigam levar uma vida bem-sucedida apesar desta perturbação (Brown et al., 2010; Niemi & Johansson., 2013). Estes doentes poderão sentir que já não conseguem participar em conversas com familiares e amigos, embora a vontade de comunicar permaneça igual ao nível pré-mórbido. Esta restrição poderá conduzir a uma alteração nos papéis sociais desempenhados pelos doentes, sendo que quando estes não se sentem confortáveis com essa mudança de papéis ao nível das interações sociais, poderão suprimir a sua própria necessidade de exprimir as suas opiniões e sentimentos, culminando num mal-estar psicossocial e numa diminuição da qualidade de vida (Nätterlund, 2010; Niemi & Johansson., 2013).

O isolamento social é um fenómeno que parece ocorrer com frequência nestes doentes. De facto, uma grande quantidade de indivíduos evitam o contacto com os doentes afásicos devido às dificuldades de comunicação. É importante realçar que, apesar da sua perturbação, os doentes valorizam sentimentos de pertença a um grupo, mesmo que para tal tenham de assumir um papel mais passivo em comparação com o envolvimento pré-mórbido. Assim, estas dificuldades podem exercer um impacto negativo na esfera social dos doentes, para além daquele que é causado pelo AVC, criando desafios na manutenção de relações sociais (Hilari & Northcott, 2006; Hilari & Northcott, 2016; Niemi & Johansson, 2013) e levando a sentimentos de solidão devido à redução do contacto social (Nätterlund, 2010).

Quanto aos diferentes tipos de suporte social percebido, o suporte emocional é valorizado quando é prestado na forma de aceitação e compreensão da condição do doente, sendo particularmente importante que o mesmo sinta que é tratado de igual modo em comparação com o nível pré-mórbido. O encorajamento contínuo também é valorizado pelos doentes afásicos, desde que não resulte de sentimentos de pena pela sua situação (Brown et al., 2010; Nätterlund, 2010). Os doentes com afasia indicam que participam de forma mais ativa em atividades quando são estimulados pelos sujeitos que lhes são próximos, principalmente quando se sentem apreciados e quando percebem que podem confiar nas pessoas ao seu redor (Niemi & Johansson, 2013), pelo que é plausível sugerir que o suporte emocional poderá ser um fator importante para melhorar a funcionalidade dos doentes com afasia no decorrer da reabilitação.

Quanto ao suporte instrumental, os familiares ou amigos dos doentes afásicos poderão desempenhar papéis de suporte para a comunicação dos doentes, apoiando a sua participação em ocupações valorizadas pelos mesmos e reduzindo as limitações ao nível do desempenho das AVD (Cruice et al., 2003; Niemi & Johansson, 2013). No entanto, as dificuldades funcionais e linguísticas representam um obstáculo à execução das AVD, pelo que os familiares próximos do doente poderão ser levados a assumir a responsabilidade pela execução das mesmas, o que poderá impactar negativamente a autonomia funcional dos doentes (Nätterlund, 2010).

No que respeita ao suporte informacional, inicialmente, este é importante para que os indivíduos afásicos percebam o significado da sua perturbação. No entanto, ao menos na fase aguda após o AVC, as dificuldades na compreensão da informação dificultaram este processo (Nätterlund, 2010). O suporte informacional também parece estar positivamente associado à qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) dos

doentes afásicos. Esta relação poderá refletir as necessidades específicas deste grupo de doentes. O acesso à informação costuma ser um problema recorrente, uma vez que a afasia torna difícil a compreensão da informação. Assim, embora a população em geral possa ser autossuficiente neste domínio, os doentes afásicos poderão estar mais dependentes do apoio de terceiros para aceder e compreender a informação proveniente de uma variedade de fontes (Hilari & Northcott, 2006).

Quanto à perceção do suporte social recebido, de um modo geral, os doentes afásicos parecem relatar que recebem a quantidade de apoio que precisam, mostrando-se satisfeitos com o mesmo (Nätterlund, 2010). Hilari & Northcott (2006) verificaram que os doentes afásicos se sentem particularmente bem apoiados no que diz respeito ao suporte instrumental, embora este não tenha estado relacionado com a QVRS dos doentes, possivelmente porque este tipo de apoio poderá promover a sua dependência.

Já outro estudo pelos mesmos autores não observou uma diferença significativa na quantidade de suporte social percebido entre indivíduos vítimas de AVC, com e sem afasia. Assim, também existe a possibilidade de a quantidade de suporte social percebido não diferir substancialmente dos níveis pré-mórbidos, podendo este conceito manter-se relativamente estável, ao longo do tempo, após o AVC (Hilari & Northcott, 2016).

Para finalizar e resumir os achados da literatura, o suporte social percebido poderá desempenhar funções importantes na satisfação das necessidades específicas dos indivíduos que sofreram um AVC, podendo tratar-se de um fator particularmente relevante para o aumento da autonomia funcional, quando este é percebido pelo doente como sendo ajustado às suas necessidades individuais (Carvalho et al., 2011; Glass & Maddox, 1992). Além disso, o suporte social percebido poderá desempenhar um papel protetor significativo contra a sintomatologia depressiva dos doentes com AVC, ao facilitar a transição para um autoconceito baseado em sentimentos de mestria, apesar dos défices, promovendo assim a autoeficácia e a autoestima (Glass & Maddox, 1992). Ademais, ao permitir que o indivíduo perceba a disponibilidade de recursos através do apoio de terceiros, este poderá enfrentar com maior facilidade o stress resultante da doença, contribuindo para a redução da sintomatologia depressiva (Cohen & Wills, 1985).

Por fim, torna-se relevante investigar a relação entre o suporte social percebido e as variáveis em estudo no caso dos doentes com afasia. Apesar de enfrentarem desafios específicos resultantes da sua perturbação, como o isolamento social, os sentimentos de solidão e a maior necessidade de suporte social (Hilari & Northcott, 2006; Hilari & Northcott, 2016; Nätterlund, 2010; Niemi & Johansson, 2013) — fatores que podem

alterar as dinâmicas observadas na população de doentes vítimas de AVC em geral — esta temática continua a ser pouco explorada (Hilari & Northcott, 2006; Hilari & Northcott, 2016). A exclusão frequente dos indivíduos com afasia dos estudos sobre suporte social contribui para uma lacuna significativa na literatura sobre o AVC. Assim, este conjunto de particularidades sublinha a relevância de aprofundar a investigação nesta área, com o objetivo de compreender melhor as necessidades específicas dos indivíduos com afasia e o impacto do suporte social percebido no seu processo de recuperação.

Diante da informação revista, esta dissertação procura responder à seguinte questão de investigação: De que forma é que o apoio social percebido na admissão se relaciona com a funcionalidade e a sintomatologia depressiva dos doentes, tanto na admissão como na alta da reabilitação, e como pode essa relação variar consoante a presença ou ausência de afasia?

Perante esta questão, a presente investigação tem como objetivo verificar a influência da quantidade de apoio social percebido na admissão sobre a funcionalidade dos doentes, com e sem afasia, tanto no momento da admissão como na alta da reabilitação. Espera-se que um maior apoio social percebido na admissão esteja associado a uma melhor funcionalidade, tanto no início quanto no final da reabilitação, em ambos os grupos. Também se prevê que os níveis de apoio social percebido não apresentem diferenças significativas entre os grupos. Adicionalmente, espera-se que quanto maior o suporte social percebido na admissão, menor seja a sintomatologia depressiva relatada pelos doentes, tanto na admissão quanto na alta, independentemente da presença de afasia.

3 Objetivos

Este é um estudo prospetivo de natureza correlacional, com a recolha de dados tendo sido realizada em dois momentos distintos: na admissão dos participantes ao Centro de Reabilitação e no momento da alta. O objetivo principal do estudo foi o de analisar o impacto das variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, suporte social percebido, gravidade do AVC) sobre a funcionalidade dos doentes em ambos os momentos, bem como investigar as correlações entre a sintomatologia depressiva e o grau de recuperação funcional, e entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva.

Foi também formado um grupo específico de doentes com afasia, com o intuito de adquirir um melhor conhecimento sobre os desafios específicos desse subgrupo clínico, em relação às variáveis em estudo.

A investigação foi conduzida com métodos quantitativos e envolveu uma amostra clínica de conveniência composta por indivíduos que sofreram AVC.

4 Metodologia

4.1. Participantes

Este estudo contou com a colaboração de 27 participantes, em regime de internamento, no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais (CMRRC-RP). Assim, a amostra corresponde a uma população clínica de conveniência, composta por doentes que sofreram AVC, divididos em dois grupos, consoante a presença ou ausência de Afasia. A recolha de dados foi efetuada entre novembro de 2023 e agosto de 2024.

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: (1) Indivíduos com uma idade superior aos 18 anos, vítimas de AVC Isquémico ou Hemorrágico, confirmado pela realização de exames de imagem cerebral (Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética); (2) proficiência na língua portuguesa.

Os critérios de exclusão foram: (1) a presença de histórico prévio de AVC; (2) presença de outras patologias neurológicas ou psiquiátricas concomitantes (à exceção da depressão pós-AVC); (3) histórico prévio ao AVC de depressão.

4.1.1. Participantes sem Afasia

Dos 23 participantes sem Afasia, 15 são do sexo masculino (65%) e oito são do sexo feminino (35%). O grupo de doentes sem afasia apresentou uma média de idades de 59 anos (DP=10.87), que foram compreendidas entre os 36 e os 73 anos. Relativamente

à escolaridade, quatro atingiram um grau superior, cinco frequentaram a escola entre o 10º e o 12º ano, oito frequentaram entre o 5º e o 9º ano e seis frequentaram até ao 4º ano. Assim, este grupo de participantes apresentou um nível de escolaridade média correspondente ao 9º ano.

Quanto aos fatores clínicos, o tempo médio decorrido desde o AVC até aos doentes serem admitidos para a reabilitação foi de 52 dias (DP = 42.11; Min = 10; Max = 200). O tempo médio decorrido desde a avaliação de admissão até à avaliação da alta foi de 64.96 dias (DP = 23.39; Min = 23; Max = 114).

No que respeita lateralidade do AVC, 10 apresentaram lesão neurológica no Hemisfério Esquerdo (43.50%) e 13 apresentaram lesão no Hemisfério Direito (56.50%). Quanto ao tipo da lesão, 16 sofreram de AVC Isquémico (69.60%), e sete sofreram de AVC Hemorrágico (30.40%). No que respeita à artéria cerebral afetada, 17 tiveram a Artéria Cerebral Média afetada (73.91%), um teve a Artéria Cerebral Anterior afetada (4.35%) e cinco tiveram outro tipo de artéria afetada (21.74%).

Embora não tenha sido aplicado a todos os doentes, a média da gravidade do AVC foi avaliada em 17 dos 23 participantes, medida através da escala NIHSS, tendo sido de 10.53 pontos (DP= 5.991; Min: 2; Max: 24). Assim, na amostra dos doentes sem afasia, cujos dados foram possíveis de recolher, estes sofreram em média, de um AVC de gravidade moderada.

4.1.2. Participantes com Afasia

Quanto ao grupo de doentes de AVC com Afasia, dois são do sexo masculino (50%) e dois são do sexo feminino (50%), sendo a média de idades deste grupo de 55 anos (DP = 8,7), compreendidas entre os 47 e os 67 anos. Relativamente à escolaridade, um atingiu um grau superior, dois frequentaram a escola entre o 10º e o 12º Ano e um frequentou a escola entre o 5º e o 9º ano. Assim, este grupo de participantes apresentou um nível de escolaridade média correspondente ao 11º ano.

Quanto aos fatores clínicos, o tempo médio decorrido desde o AVC até aos doentes serem admitidos para a reabilitação foi de 63 dias (DP = 24.189; Min: 33; Max: 86). O tempo médio decorrido desde a avaliação de admissão até à avaliação da alta foi de 88 dias (DP = 39; Min: 48; Max: 141).

A afasia foi diagnosticada pelos terapeutas da fala do centro de reabilitação através da administração da Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986).

Quanto à lateralidade do AVC, todos os participantes neste grupo apresentaram lesão neurológica no Hemisfério Esquerdo. Quanto ao tipo da lesão, todos os participantes neste grupo sofreram de um AVC Hemorrágico. No que respeita à artéria cerebral, todos os doentes neste grupo tiveram a Artéria Cerebral Média afetada.

Embora não tenha sido aplicada a todos os doentes, a média da gravidade do AVC foi avaliada em três dos quatro participantes, medida através da escala NIHSS, tendo sido de 18 pontos (DP = 5,13; Min: 12; Max: 22). Assim, na amostra dos doentes com afasia, cujos dados foram possíveis de recolher, estes sofreram em média, de um AVC de gravidade moderada a grave.

5 Instrumentos

5.1. Medida de Independência Funcional (MIF)

Esta escala é utilizada para medir a gravidade da incapacidade funcional, através da avaliação do grau de dependência do indivíduo na realização das atividades de vida diária. O desempenho das atividades é medido através da realização de 18 tarefas, cada uma delas sendo pontuada numa escala tipo *likert*, com uma pontuação possível compreendida entre 1 ponto (dependência total) a 7 pontos (independência total). As áreas avaliadas pela MIF incluem: Autocuidados (6 itens); Controlo de Esfincteres (2 Itens); transferências/mobilidade (3 itens); locomoção (2 itens); comunicação (2 itens) e cognição social (3 itens). A cotação total da MIF poderá variar entre 18 e 126 pontos (Maynard et al., 1997).

Os dados relativos à pontuação obtida pelos doentes na MIF, tanto no momento da admissão como na alta do centro de reabilitação, foram recolhidos após a realização das reuniões interdisciplinares, onde os profissionais decidem a cotação de cada indivíduo nesses dois momentos distintos (**Anexo 3**). Para além desses dados, foi calculado o grau de recuperação funcional de cada doente (medido em termos percentuais), utilizando a seguinte fórmula: $(\text{pontuação na MIF de alta} - \text{pontuação na MIF de admissão}) / (\text{pontuação máxima na MIF} - \text{pontuação na MIF de admissão}) \times 100$ (Gialanella et al., 2010a).

5.2. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

Esta escala tem como objetivo proporcionar uma avaliação padronizada do funcionamento neurológico dos indivíduos nos períodos iniciais após o AVC. Os

parâmetros avaliados pela escala são: nível de consciência (0-3 pontos), orientação (0-2 pontos), comandos (0-2 pontos), olhar (0-2 pontos), campos visuais (0-3 pontos), paresia facial (0-3 pontos), força muscular dos membros (Membro superior esquerdo: 0-4 pontos; Membro superior direito: 0-4 pontos; Membro inferior esquerdo: 0-4 pontos; Membro inferior direito: 0-4 pontos), ataxia (0-2 pontos), sensibilidade (0-2 pontos), linguagem (0-3 pontos), disartria (0-2 pontos) e inatenção (0-2 pontos). Para todos os parâmetros, um valor de 0 é considerado normal, por isso, quanto maior for a pontuação obtida na escala, maior será a gravidade do AVC (Brott et al., 1989). A gravidade do AVC poderá ser categorizada da seguinte forma: Nenhum sintoma de AVC: 0 pontos; AVC de gravidade ligeira: 1 - 4 pontos; AVC de gravidade moderada: 5 - 15 pontos; AVC de gravidade moderada a grave: 16 - 20 pontos; AVC grave: 21 - 42 pontos (Kogan et al., 2020).

Os dados relativos às pontuações obtidas pelos doentes na NIHSS foram recolhidos através dos processos individuais de cada doente, sendo esta escala aplicada pelos profissionais de saúde, quando os doentes são admitidos no hospital durante a fase aguda.

5.3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Esta escala possibilita uma medida corrente da sintomatologia depressiva, sendo de rápida aplicação e de fácil compreensão e resposta. Foi desenvolvida com o objetivo de medir a relação existente entre a depressão e outras variáveis presentes em diferentes subgrupos populacionais. A sintomatologia depressiva avaliada inclui as perturbações do sono, perda de apetite, lentificação psicomotora, humor depressivo, sentimentos de desespero, sentimentos de culpa e desvalorização. É composta por 20 itens de autorresposta, com uma pontuação total que varia entre os 0 e os 60 pontos. A resposta dada a cada item é cotada numa escala de 0 a 3 pontos, consoante a frequência da sintomatologia depressiva reportada pelo indivíduo no decorrer da última semana (“Nunca ou muito raramente” – 0 pontos; “Ocasionalmente” – 1 ponto; “Com alguma frequência” – 2 Pontos; “Com muita frequência ou sempre” – 3 pontos). Quanto maior a pontuação obtida maior será a frequência de sintomatologia depressiva. O ponto corte para a presença de depressão clínica, no estudo original, corresponde a uma pontuação igual ou superior a 16 pontos (Loureiro, 2009; Radloff, 1977).

A CES-D foi aplicada no momento da admissão e na alta da reabilitação, apenas aos doentes vítimas de AVC sem afasia, para verificar a presença e gravidade da

sintomatologia depressiva e a sua evolução no decorrer da reabilitação (**Anexo 4**). Uma vez que este questionário requer a compreensão e resposta a uma série de afirmações apresentadas por escrito ou verbalmente, não apresentando nenhum tipo de adaptação para os doentes com afasia, poderá tornar-se de difícil compreensão para esta subpopulação, que apresenta perturbações ao nível da linguagem (Ashaie et al., 2019; Koutou et al., 2012), comprometendo a fiabilidade dos dados recolhidos.

5.4. Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version (SADQ-H21)

Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de detetar e monitorizar as diferenças do humor deprimido ao longo do tempo em doentes com AVC e afasia. Esta versão hospitalar é uma versão revista do SADQ-21 (Rodrigues et al., 2006; Sutcliffe & Lincoln, 1998), desenvolvida especificamente para ser aplicada pelos profissionais de saúde aos doentes hospitalizados, sendo que as respostas a cada item correspondem à avaliação que o profissional faz sobre os sintomas do doente. Nesta versão, as categorias de resposta foram alteradas para refletir a frequência do humor depressivo observado no decorrer da última semana (Frequência dos comportamentos observados (últimos 7 dias): "Todos os dias", "4 a 6 dias", "1 a 4 dias" e "Nenhum dia). Também foram efetuadas algumas alterações quanto à redação dos itens originais, para tornar mais fácil a resposta quanto ao comportamento observado nos doentes com afasia (e.g. "Sofrimento causado por dor?" em vez de "queixou-se de dores ou moinhas?"), para além de levar em consideração a incapacidade funcional dos doentes (E.g. "Cuidou da sua aparência física de acordo com a sua capacidade física?" em vez de "Tem cuidado com a sua própria aparência ou aspeto?"). A escala é composta pelos mesmos 21 itens da SADQ-21, desenvolvidos com base em comportamentos observáveis, considerados associados ao humor deprimido. Cada um dos itens apresenta uma pontuação que varia entre 0 e 3 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será a probabilidade de ocorrerem alterações depressivas. Com uma pontuação máxima de 60 pontos, a linha de corte estabelecido para a presença de depressão é de 17/18 pontos (Lincoln et al., 2000).

Este questionário foi aplicado a todos os participantes do estudo, pelos(as) enfermeiros(as) do CMRRC-RP, responsáveis pelo cuidado dos doentes (**Anexo 5**). Assim, foi empregue no momento da admissão e novamente na altura da alta dos doentes, para verificar a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, bem como a sua evolução, no decorrer da reabilitação. Como a escala não requer qualquer tipo de compreensão ou resposta por parte do doente com afasia, dependendo da observação

externa dos(as) enfermeiros(as) responsáveis pelo cuidado dos doentes, esta poderá ser considerada uma fonte de informação mais fidedigna da sintomatologia depressiva presente nos doentes com Afasia (Wang et al., 2018).

5.5. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Esta escala faz a avaliação subjetiva do apoio social, através da recolha de informação referente ao apoio social percebido pelo individuo em 3 áreas: amigos, família e outros significativos. A escala é de autorresposta, contendo 12 itens no total (4 itens que avaliam o apoio percebido dos amigos, 4 da família e 4 de outros significativos). As afirmações são apresentadas numa escala de resposta tipo *likert*, com 6 categorias de resposta, na versão portuguesa: 1 – “Discordo fortemente”; 2 – “Discordo moderadamente”; 3 – “Discordo levemente”; 4 – “Concordo levemente”; 5 – “Concordo moderadamente”; 6- “Concordo fortemente”. O sujeito deverá assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação apresentada. A pontuação total varia de 12 a 72 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será o apoio social percebido. Também se poderá fazer a média da pontuação total obtida por cada individuo, somando a pontuação obtida em cada item e dividindo posteriormente essa pontuação por 12, o que irá retornar um resultado que poderá variar entre 1 e 6 pontos (Martins et al., 2012; Zimet et al., 1988).

Esta escala foi aplicada no momento da admissão e na alta, apenas aos indivíduos com AVC, sem afasia, uma vez que a mesma poderia ser de difícil compreensão e resposta para os indivíduos com perturbações ao nível da linguagem (Ashaie et al., 2019; Koutou et al., 2012), comprometendo a fiabilidade dos dados recolhidos (**Anexo 6**). Por esse motivo, e em conjunto com as terapeutas da fala do CMRRC-RP, foi elaborada uma adaptação desta escala para ser utilizada nos doentes com afasia.

5.6. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – Adaptada

Para esta dissertação, a escala MSPSS foi adaptada por forma a conseguir uma recolha de dados mais fidedigna junto dos doentes vítimas de AVC com afasia. Assim, em conjunto com as terapeutas da fala do CMRRC-RP, foram realizadas várias modificações para facilitar a compreensão e resposta aos itens presentes na escala, por parte dos sujeitos com afasia. Em primeiro lugar, foi elaborada uma pequena apresentação sobre os objetivos do questionário, escrita com um tamanho e tipo de letra *afasia friendly* (Tipo de letra: Arial; tamanho de letra: 16), no caso das palavras-chave, estas foram colocadas a negrito com o tamanho de letra 18. Cada folha referente à apresentação dos

objetivos do questionário contem apenas um tópico, sendo esta informação representada adicionalmente em formato visual, na forma de uma imagem a ilustrar cada conceito. Para além disso, foram utilizadas palavras frequentes e frases curtas, amplamente espaçadas por forma a minimizar a poluição visual. Para facilitar a resposta dos indivíduos ao questionário, foi desenvolvida uma escala de resposta que varia entre 1 e 5 pontos (1 – “Discordo totalmente”; 2 – “Discordo”; 3 – “Neutro”; 4 – “Concordo”; 5 – “Concordo totalmente”), em vez das 6 opções de resposta originais. Além do mais, foram colocadas imagens de caras com diferentes expressões faciais, cada uma delas com o objetivo de representar os diferentes graus de concordância com as afirmações lidas. Quanto ao questionário em si, o mesmo tipo de letra *aphasia friendly* foi utilizado, sendo que as palavras-chave presentes no texto foram colocadas a negrito. No entanto o conteúdo presente nas afirmações não foi alterado, por forma a manter a validade de constructo do questionário. As afirmações correspondentes a cada fonte de apoio social foram agrupadas em conjunto (em primeiro lugar foram apresentadas todas 4 afirmações sobre a família, seguidamente as 4 afirmações sobre os amigos e por fim as 4 afirmações sobre o apoio de uma pessoa especial), ao invés das mesmas serem apresentadas sem uma ordem específica (como é o caso da escala original). Esta alteração foi feita por forma a apresentar a informação de uma forma mais estruturada. Para responder às afirmações, o doente foi então instruído a apontar para a opção de resposta correspondente ao seu grau de concordância com as afirmações apresentadas. Tal como na escala MSPSS, poderá fazer-se uma média da pontuação total obtida por cada indivíduo, somando a pontuação de cada item e dividindo posteriormente essa pontuação por 12, o que irá retornar um resultado que poderá variar entre 1 e 5 pontos.

Esta escala foi aplicada apenas aos doentes com Afasia, uma primeira vez na admissão ao centro de reabilitação, e uma segunda vez no momento da alta (**Anexo 7**).

6 Procedimentos

Posteriormente à elaboração de um projeto inicial de investigação, foram redigidos os documentos necessários, para que fosse aprovado o consentimento para a recolha de dados junto dos doentes internados no CMRRC-RP, tendo estes documentos sido analisados pela Comissão de Ética do Centro de Reabilitação, que deu um parecer favorável.

A recolha dos dados foi efetuada após a leitura aos participantes do termo de consentimento livre e informado (**Anexo 2**), tendo este documento sido assinado pelos

indivíduos que consentiram em participar no estudo. No caso dos doentes que não conseguiram dar o seu consentimento através de uma assinatura (devido à hemiparesia ou hemiplegia), mas que verbalizaram o seu consentimento, foi pedida uma assinatura ao médico responsável pelo doente. No que respeita aos doentes com Afasia, para além de uma explicação sobre o estudo, foi mostrada e lida uma folha de apresentação breve sobre os objetivos do mesmo (**Anexo 1**), no estilo *Aphasia Friendly*, elaborado em conjunto com as terapeutas da fala, por forma a facilitar a sua compreensão. Devido às questões éticas e deontológicas, foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos junto dos participantes. Para além disso, foi proporcionada a oportunidade aos participantes de esclarecerem qualquer dúvida que pudesse surgir, sobre a recolha dos dados. Esta recolha foi realizada num horário que não impactasse com a realização das terapias de reabilitação.

A idade e a escolaridade, bem como a gravidade inicial do AVC foram recolhidos através dos processos individuais dos doentes. No momento da admissão, aos doentes com AVC, sem Afasia, foi aplicada a MIF para recolher os dados relativos ao estado funcional, a CES-D e o SADQ-H21 para recolher informação sobre a sintomatologia depressiva, e o MSPSS para saber sobre o suporte social percebido pelos doentes. Aos doentes com AVC e com Afasia, no momento da admissão foi aplicada a MIF, o SADQ-H21 e o MSPSS adaptado. Para todos os participantes do estudo o mesmo procedimento foi realizado no momento da alta da reabilitação.

7 Análise Estatística

Todos os dados foram analisados com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 29). As análises foram efetuadas com um nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95%. Foram utilizadas diferentes técnicas estatísticas para descrever os dados, avaliar as correlações entre as variáveis em estudo e testar as hipóteses formuladas.

Com efeito, realizou-se a análise descritiva para caracterizar a amostra (doentes com afasia vs. doentes sem afasia vs. amostra total); bem como caracterizar as variáveis em estudo (e.g., pontuações nas escalas de depressão, pontuações nas escalas de apoio social percebido, pontuações na MIF, gravidade do AVC, idade, escolaridade, tempo decorrido desde o AVC até à admissão ao centro de reabilitação, tempo decorrido desde a admissão até à alta, lateralidade da lesão, tipo de AVC e presença/ausência de afasia). Os resultados serão apresentados através do cálculo das medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão (desvio padrão), valores mínimos e máximos.

Foi verificado o pressuposto de normalidade dos dados obtidos nas variáveis em estudo, através do teste de Shapiro-Wilk. Neste sentido, para avaliar a relação entre as variáveis, foi utilizada a correlação de Pearson quando ambas as variáveis apresentavam uma distribuição normal ($p < .05$), e a correlação de Spearman, quando as variáveis não seguiram uma distribuição normal ($p > .05$).

Com o intuito em comparar os valores obtidos nas diferentes escalas (e.g., pontuações na MIF), entre o grupo de doentes com afasia e sem afasia, tanto na admissão como na alta do centro de reabilitação, recorreu-se a dois tipos de análise. Quando comparados os grupos de doentes com afasia e sem afasia, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes. Quando comparados os valores obtidos para o momento de admissão e momento de alta, foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

8 Resultados

8.1. Gravidade do AVC, Afasia e Funcionalidade

Nesta secção, foram comparados os valores da MIF na admissão (**MIF-Admissão**; indicador do estado funcional inicial) e na alta (**MIF-Alta**; indicador do resultado funcional final) entre os grupos com e sem afasia. Além disso, foi explorada a relação entre a gravidade do AVC e o estado funcional na admissão e na alta, comparando os valores obtidos em cada grupo.

Foram verificadas diferenças significativas relativamente ao estado funcional inicial ($U = 17.00, p = .048$), nas quais o grupo com afasia apresentou um pior estado funcional na admissão ($M = 49.00 \pm 28.44$), em comparação com o grupo sem afasia ($M = 77.57 \pm 23.17$). Não foram encontradas diferenças significativas para os níveis de resultado funcional (MIF-Alta), ($U = 24.00, p = .133$) (*cf.* Figura 1). Relativamente à gravidade do AVC, os doentes com Afasia apresentavam níveis mais elevados aproximando-se da significância estatística (pontuações NIHSS; $U = 7.50, p = .056$) (*cf.* Tabela 1).

Figura 1

Média da MIF-admissão e MIF-alta nos Grupos AVC (Sem Afasia) e AFAS (Com Afasia)

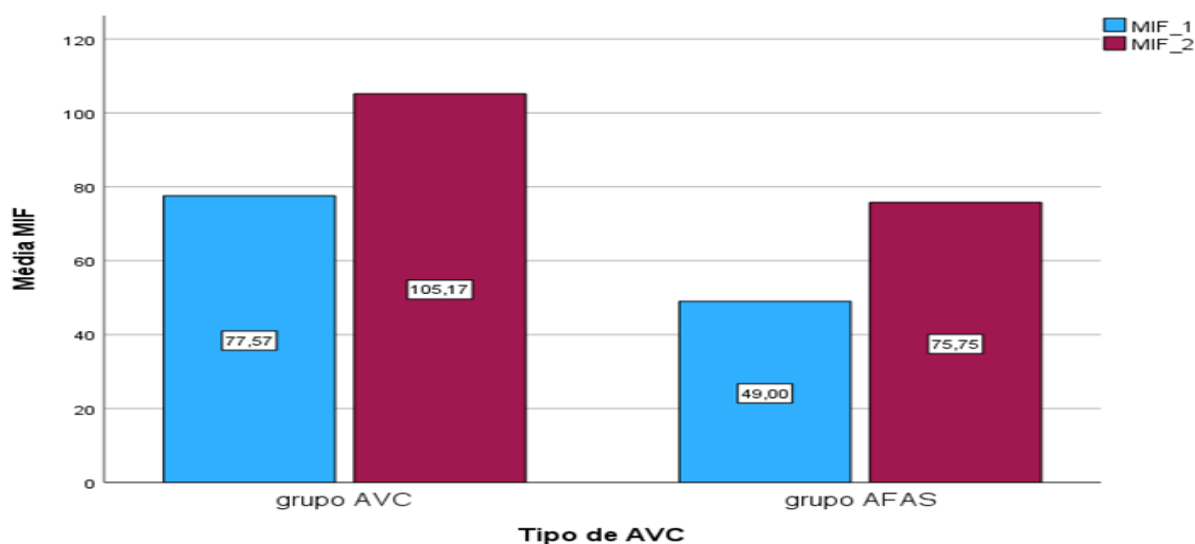


Tabela 1

Comparação do Estado Funcional, Resultado Funcional e Gravidade do AVC entre Grupos com e sem Afasia

Variável	Grupo de doentes com afasia (Média ± DP)	Grupo de doentes sem afasia (Média ± DP)	U de Mann-Whitney	Valor de p (p)
Estado Funcional (MIF-Admissão)	49.00 ± 28.44 *	77.57 ± 23.17	U = 17.00 *	p = .048
Resultado Funcional (MIF-Alta)	75.75 ± 45.76	105.17 ± 18.38	U = 24.00	p = .133
Gravidade do AVC (NIHSS)	17.67 ± 5.13	10.53 ± 5.99	U = 7.50	p = .056

Nota. *p < .05 Indica significância estatística.

Relativamente à relação entre as variáveis de gravidade do AVC e estado funcional (**MIF-Admissão**), não foi observada uma correlação significativa entre a funcionalidade inicial e a gravidade do AVC, tanto para o grupo sem Afasia ($r = .165, p = .528$), como para o grupo com Afasia ($r = -.878, p = .318$). Quanto à relação entre a gravidade do AVC e o resultado funcional (**MIF-Alta**), foi realizada uma correlação de *Spearman* para o grupo sem afasia, no entanto, essa correlação não foi estatisticamente significativa ($r_s = .416, p = .097$). No caso do grupo com afasia, a gravidade do AVC correlacionou-se de forma significativa com o resultado funcional na alta ($r = -1.000, p = .005$), sugerindo que, quanto maior a gravidade do AVC, pior será o resultado funcional dos doentes com afasia (*cf.* Tabela 2). No entanto, essa correlação deve ser interpretada com cautela, devido ao tamanho reduzido da amostra (N = 3).

Tabela 2*Correlação entre Gravidade do AVC e Funcionalidade (Admissão e Alta) por Grupo*

Correlação	Grupo	Correlação (<i>r/rs</i>)	Valor de <i>p</i>	N
Gravidade do AVC e estado funcional inicial	Sem Afasia	$r = .165$	$p = .528$	N = 17
Gravidade do AVC e resultado funcional	Sem Afasia	$rs = .416$	$p = .097$	N = 17
Gravidade do AVC e estado funcional inicial	Com Afasia	$r = -.878$	$p = .318$	N = 3
Gravidade do AVC e resultado funcional	Com Afasia	$r = -1.000^*$	$p = .005$	N = 3

Nota. * $p < .05$ Indica significância estatística.

8.2. Sintomatologia Depressiva e Funcionalidade

Nesta secção procurámos analisar como a sintomatologia depressiva na admissão se relaciona, de forma distinta, com a funcionalidade inicial (**MIF-Admissão**), a funcionalidade final (**MIF-Alta**) e o grau de recuperação funcional, em função da presença ou ausência de afasia.

Importa salientar que foi necessário o cálculo de variáveis compósitas para os níveis de sintomatologia depressiva, uma vez que as informações sobre esses sintomas provém de escalas diferentes, levando em consideração a presença de afasia nos doentes com AVC. Para isso, os resultados de cada grupo (grupo com Afasia e grupo sem Afasia), foram padronizados por meio da transformação das pontuações brutas em pontuações padronizadas (pontuações *z*). Em seguida, foi calculada a variável compósita **Depressão_1**, que representa os valores da sintomatologia depressiva no momento da admissão, e a variável compósita **Depressão_2**, que reflete os valores da sintomatologia depressiva no momento da alta.

No que diz respeito à correlação entre a sintomatologia depressiva e o estado funcional inicial, foi observada uma correlação significativa e moderada no grupo sem afasia ($r = -.609$, $p = .002$). Esse resultado indica que quanto menor o estado funcional inicial dos doentes, pior é a sintomatologia depressiva apresentada. Por outro lado, no grupo com afasia, não foi encontrada uma correlação significativa entre o estado funcional na admissão e a sintomatologia depressiva ($r = .126$, $p = .874$) (*cf.* Tabela 3).

Relativamente à correlação entre a sintomatologia depressiva observada na admissão e o resultado funcional (**MIF-Alta**), foi realizada uma análise para o grupo sem afasia. Embora a correlação não tenha sido significativa ($r_s = -.360, p = .092$), observa-se uma tendência que sugere que uma maior sintomatologia depressiva na admissão está associada a um pior resultado funcional nos doentes sem afasia. No entanto, é importante ter cautela na interpretação deste resultado, pois existe a possibilidade de que ele tenha ocorrido por acaso. No grupo com afasia, a correlação entre a sintomatologia depressiva inicial e o resultado funcional também não foi significativa ($r = .131, p = .874$) (*cf.* Tabela 3).

Tabela 3

Correlação entre a Sintomatologia Depressiva na Admissão, Estado Funcional Inicial e Resultado Funcional por Grupo

Variável	Grupo	Correlação (<i>r/rs</i>)	Valor de <i>p</i>	N
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e estado funcional inicial (T1)	Sem Afasia	$r = -.609^*$	$p = .002$	N = 23
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e resultado funcional (T2)	Sem Afasia	$r_s = -.360$	$p = .092$	N = 23
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e estado funcional inicial (T1)	Com Afasia	$r = .126$	$p = .874$	N = 4
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e resultado funcional (T2)	Com Afasia	$r = .131$	$p = .874$	N = 4

Nota. **T1:** Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. **T2:** Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

* $p < .05$ Indica significância estatística.

Em relação à sintomatologia depressiva inicial e o grau de recuperação funcional alcançado pelos doentes, não foi observada uma correlação significativa no grupo sem afasia ($r = -.258, p = .236$), assim como no grupo com afasia ($r = .088, p = .912$) (*cf.* Tabela 4). Esses dados sugerem que não existe uma correlação entre a sintomatologia depressiva e o grau de recuperação funcional alcançado ao longo da reabilitação, tanto em doentes com afasia como sem afasia.

Tabela 4

Correlação entre a Sintomatologia Depressiva Inicial e o Grau de Recuperação

Funcional por Grupo

Variável	Grupo	Correlação (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>	N
Sintomatologia depressiva inicial (T1) e grau de recuperação funcional	Sem Afasia	$r = -.258$	$p = .236$	N = 23
Sintomatologia depressiva inicial (T1) e grau de recuperação funcional	Com Afasia	$r = .088$	$p = .912$	N = 4

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação.

Por último, analisou-se a relação entre a sintomatologia depressiva no momento da admissão e no momento da alta dentro de cada grupo. No grupo sem afasia, foi feita uma correlação entre a sintomatologia depressiva observada na admissão e a registada na alta. Essa correlação foi positiva, moderada e estatisticamente significativa ($rs = .461$, $p = .027$), indicando que quanto maior a sintomatologia depressiva no momento da admissão, maior será a sintomatologia depressiva no momento da alta. Por outro lado, no grupo com afasia, a correlação entre a sintomatologia depressiva apresentada na admissão e aquela que foi apresentada na alta não foi significativa ($r = .133$, $p = .867$). Este resultado indica que não há uma relação clara entre os níveis de sintomatologia depressiva nos dois momentos avaliados. Assim, não é possível concluir que os níveis de sintomatologia depressiva tenham seguido um padrão consistente ao longo do período de reabilitação (*cf.* Tabela 5).

Tabela 5*Correlação entre a Sintomatologia Depressiva na Admissão e na Alta por Grupo*

Variável	Grupo	Correlação (r/rs)	Valor de p	N
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e sintomatologia depressiva na alta (T2)	Sem Afasia	$rs = .461^*$	$p = .027$	N = 23
Sintomatologia depressiva na admissão (T1) e sintomatologia depressiva na alta (T2)	Com Afasia	$r = .133$	$p = .867$	N = 4

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

* $p < .05$ Indica significância estatística.

Foi realizada uma análise para verificar a presença de diferenças na quantidade de sintomatologia depressiva observada entre os momentos de admissão e alta em cada grupo. Não foram encontradas diferenças significativas, tanto no grupo sem afasia como no grupo com Afasia ($Z = -.669$, $p = .503$, $Z = -1.46$, $p = .144$, respetivamente). (cfr. Tabela 6 e Figura 2).

Tabela 6

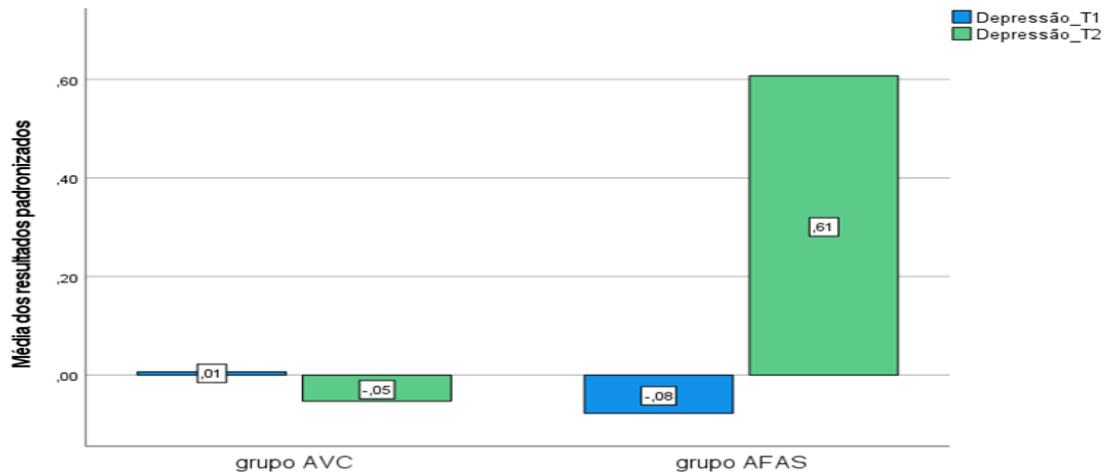
Diferenças nos Níveis de Sintomatologia Depressiva entre a Admissão (T1) e Alta (T2) por Grupo

Comparação	Grupo	Estatística (U/Z)	Valor de p
Diferenças entre a Sintomatologia Depressiva observada na Admissão (T1) e na Alta (T2)	Sem Afasia	$Z = -.669$	$p = .503$
Diferenças entre a Sintomatologia Depressiva observada na Admissão (T1) e na Alta (T2)	Com Afasia	$Z = -1.46$	$p = .144$

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

Figura 2

Média da sintomatologia depressiva observada no momento da Admissão e na Alta entre grupos



8.3. Suporte Social Percebido, Funcionalidade e Sintomatologia Depressiva

Importa salientar que também foi necessário o cálculo de variáveis compósitas para os níveis de suporte social percebido, uma vez que as informações sobre a quantidade de suporte percebido provém de escalas diferentes, levando em consideração a presença de afasia nos doentes com AVC. Para isso, os resultados de cada grupo (grupo com Afasia e grupo sem Afasia), foram padronizados por meio da transformação das pontuações brutas em pontuações padronizadas (pontuações z). Em seguida, foi calculada a variável compósita **Apoio_1**, que representa os valores do suporte social percebido no momento da admissão, e a variável compósita **Apoio_2**, que reflete os valores do suporte social percebido no momento da alta.

Com o objetivo de verificar a influencia dos níveis do apoio social percebido na funcionalidade dos doentes no momento da admissão e na alta, foi explorada a relação entre essas variáveis.

Assim, começamos por analisar se existiam diferenças significativas nos níveis de apoio social percebido entre os grupos de doentes com e sem afasia, tendo sido realizados testes de Mann-Whitney tanto na admissão quanto na alta (*cf.* Tabela 7). Na admissão, os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($U = 44.000$, $Z = -0.138$, $p = 0.890$), sugerindo níveis semelhantes de apoio social percebido.

Da mesma forma, na alta, os resultados foram semelhantes ($U = 39.000$, $Z = -0.487$, $p = 0.626$), não havendo evidências para concluir que o apoio social percebido difere entre os grupos com e sem afasia.

Tabela 7

Comparação dos Níveis de Apoio Social Percebido entre os Grupos com e sem Afasia nos Momentos de Admissão e Alta

Momento	Grupo	Estatística U	Estatística Z	Estatística p
Admissão (T1)	Com afasia vs sem afasia	44.000	-.138	.890
Alta (T2)	Com afasia vs sem afasia	39.000	-.487	.626

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

Seguidamente, procedeu-se à análise da variação nos níveis de apoio social percebido ao longo do período de reabilitação. No grupo total de participantes, foi realizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, visando identificar diferenças significativas na quantidade de apoio social percebido entre a admissão (**Apoio_1**) e a alta (**Apoio_2**). Os resultados não revelaram diferenças significativas nos níveis de apoio social percebido ($Z = -.385$, $p = .700$) entre a admissão e a alta. Quando analisados separadamente, tanto o grupo sem afasia como o grupo com afasia ($Z = -.580$, $p = .562$, $Z = 0.000$, $p = 1.000$, respetivamente), também não apresentaram variações significativas entre a admissão e a alta (*cf.* Tabela 8).

Tabela 8*Diferenças nos Níveis de Suporte Social Percebido entre a Admissão e a Alta por Grupo*

Comparação	Grupo	Estatística (Z)	Valor de p
Diferenças na quantidade de apoio social percebido entre a Admissão (T1) e a Alta (T2)	Amostra total	Z = -.385	p = .700
Diferenças na quantidade de apoio social percebido entre a Admissão (T1) e a Alta (T2)	Sem Afasia	Z = -.580	p = .562
Diferenças na quantidade de apoio social percebido entre a Admissão (T1) e a Alta (T2)	Com Afasia	Z = .000	p = 1.000

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

Para examinar a relação entre o apoio social percebido na admissão e o estado funcional inicial, foi realizada uma correlação entre estas duas variáveis em ambos os grupos (*cf.* Tabela 9). No grupo sem afasia, observou-se uma correlação positiva não significativa ($r_s = .305$, $p = .157$), sugerindo uma tendência na qual níveis mais altos de apoio social percebido podem estar associados a uma melhor funcionalidade inicial dos doentes. No entanto, essa relação não pode ser considerada estatisticamente robusta, uma vez que a correlação não atingiu significância estatística.

Por outro lado, no grupo com afasia, o apoio social percebido apresentou uma correlação forte e significativa com o estado funcional inicial ($r = .971$, $p = .029$) (*cf.* Tabela 9). Esses dados indicam que para os doentes com afasia, um maior apoio social percebido na admissão está associado a uma capacidade funcional mais elevada no início do período de reabilitação.

Tabela 9*Correlação entre o Apoio Social Percebido e o Estado Funcional Inicial por Grupo*

Grupo	Variáveis	Correlação (rs)	Valor de p
Sem Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e estado funcional inicial (T1)	$rs = .305$	$p = .157$
Com Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e estado funcional inicial (T1)	$r = .971^*$	$p = .029$

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

* $p < .05$ Indica significância estatística.

Em relação à correlação entre o apoio social percebido na admissão (**Apoio_1**) e o resultado funcional (**MIF-Alta**), no grupo sem afasia não houve relação ($rs = .326, p = .129$) tal como no grupo com afasia ($r = .796, p = .204$). No entanto, observa-se uma tendência em ambos os grupos, indicando que uma maior quantidade de apoio social percebido na admissão pode estar associado a um melhor resultado funcional. No entanto, é importante ressaltar que, devido aos valores de p superiores a $.05$, essa relação deve ser interpretada com cautela e não pode ser considerada conclusiva (*cf.* Tabela 10 e Figura 3).

Tabela 10

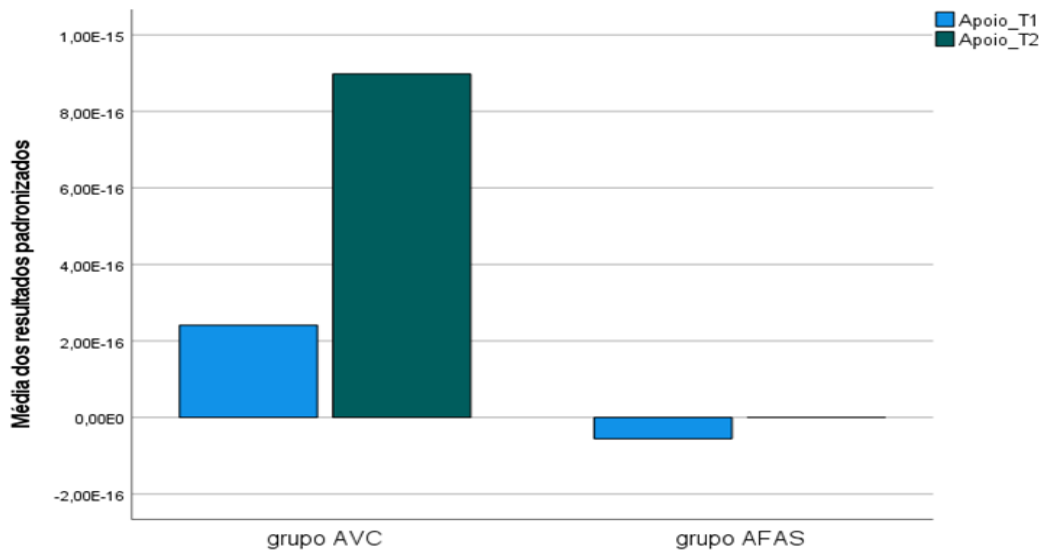
Correlação entre o apoio social percebido na admissão e o resultado funcional na alta, por grupo

Grupo	Variáveis	Correlação (rs)	Valor de p
Sem Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e o resultado funcional (T2)	$rs = .326$	$p = .129$
Com Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e o resultado funcional (T2)	$rs = .796$	$p = .204$

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

Figura 1 –

Média da Quantidade de Apoio Social Percebido Observado no Momento da Admissão e na Alta, entre Grupos



No que se refere à relação entre a sintomatologia depressiva e os níveis de apoio social percebido no grupo sem afasia, foi analisada a correlação entre a sintomatologia depressiva na admissão (**Depressão_1**) e o apoio social percebido nesse momento (**Apoio_1**). Observou-se uma correlação significativa negativa e moderada ($rs = -.457$, $p = .028$), indicando que, no início da reabilitação, os doentes que percebem um maior apoio social tendem a apresentar uma menor sintomatologia depressiva. Além disso, foi observada uma correlação significativa negativa e moderada, entre o apoio social percebido na admissão (**Apoio_1**) e a sintomatologia depressiva na alta (**Depressão_2**) ($rs = -.437$, $p = .037$). Esses dados sugerem que o apoio social percebido na admissão contribui para a redução da sintomatologia depressiva dos doentes sem afasia, tanto no início quanto ao final da reabilitação, atuando possivelmente como um fator protetor ao longo do processo de reabilitação.

Para a amostra total, foi encontrada uma correlação negativa moderada e significativa entre a sintomatologia depressiva na admissão (**Depressão_1**) e o apoio social percebido na alta (**Apoio_2**) ($rs = -.478$, $p = .012$). Estes resultados sugerem que, para a totalidade dos participantes, quanto maior a sintomatologia depressiva na admissão, menor é o apoio social percebido na alta (*cf.*: Tabela 11).

Tabela 11

Correlação entre a Sintomatologia Depressiva e o Apoio Social Percebido na Admissão e Alta

Variável	Grupo	Correlação (rs)	Valor de p
Correlação entre a sintomatologia depressiva na admissão (T1) e o apoio social percebido na admissão (T1)	Sem Afasia	$r_s = -.457^*$	$p = .028$
Correlação entre a sintomatologia depressiva na admissão (T1) e o apoio social percebido na alta (T2)	Sem Afasia	$r_s = -.437^*$	$p = .037$
Correlação entre a sintomatologia depressiva na Admissão (T1) e apoio social percebido na Alta (T2)	Amostra total	$r_s = -.478^*$	$p = .012$

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

* $p < .05$ Indica significância estatística.

No grupo com afasia, não foi observada uma associação significativa entre o apoio social percebido na admissão (**Apoio_1**) e a sintomatologia depressiva inicial (**Depressão_1**) ($r = -.033$, $p = .967$). Da mesma forma, não se verificou uma correlação significativa entre o apoio social percebido na admissão (**Apoio_1**) e a sintomatologia depressiva na alta (**Depressão_2**) ($r = -.569$, $p = .431$) (*cf.*: Tabela 12).

Tabela 12

Correlação entre o Apoio Social Percebido e a Sintomatologia Depressiva no Grupo com Afasia

Grupo	Variáveis	Correlação (r)	Valor de p
Com Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e sintomatologia depressiva admissão (T1)	$r = -.033$	$p = .967$
Com Afasia	Apoio social percebido na admissão (T1) e sintomatologia depressiva na alta (T2)	$r = -.569$	$p = .431$

Nota. T1: Dados recolhidos no momento da admissão ao centro de reabilitação. T2: Dados recolhidos no momento da alta do centro de reabilitação.

9 Discussão

9.1. Relações entre a Gravidade Inicial do AVC, a Afasia e a Funcionalidade

Um dos objetivos deste estudo foi o de explorar as diferenças ao nível da funcionalidade e da gravidade inicial do AVC entre os doentes com e sem afasia. Com base na literatura existente, formulou-se a hipótese de que os doentes com afasia apresentariam um pior estado funcional na admissão, resultados funcionais menos favoráveis na alta e uma maior gravidade inicial do AVC em comparação com os doentes sem esta perturbação.

A literatura frequentemente associa a presença de afasia a AVCs de maior gravidade, e conseqüentemente maiores dificuldades no desempenho funcional (Bhaskar et al., 2017; Grönberg et al., 2022; Pedersen et al., 1995; Wade et al., 1986). Além disso, a própria afasia pode dificultar a recuperação funcional devido a limitações na aprendizagem, lesões cerebrais próximas às áreas motoras e a uma maior prevalência de DPAVC, comprometendo a participação na reabilitação (Gialanella, 2010b; Paolucci et al., 2005; Zanella et al., 2022). Assim, os resultados obtidos serão analisados à luz da hipótese colocada, procurando compreender até que ponto os dados do presente estudo corroboram ou divergem dessas previsões, e quais os fatores que podem ter influenciado os resultados observados.

Os resultados deste estudo indicam que os doentes com afasia apresentam uma pior funcionalidade na admissão ao centro de reabilitação, quando comparados com os doentes sem afasia. Embora a gravidade do AVC não tenha mostrado uma correlação significativa com a funcionalidade inicial no grupo com afasia, observou-se uma tendência para AVCs mais graves neste grupo, próxima da significância estatística ($U = 7.50, p = .056$), o que pode, em parte, explicar a pior funcionalidade inicial.

No entanto, é possível que outros fatores, como o suporte social percebido, tenham impactado de forma mais significativa a funcionalidade na admissão, obscurecendo a relação entre a gravidade do AVC e a funcionalidade nesse momento.

A relação entre a gravidade do AVC e a funcionalidade tornou-se significativa na alta, para os doentes com afasia, o que está alinhado com a literatura que associa a esta perturbação a AVCs mais graves, frequentemente resultando em maiores dificuldades funcionais (Bhaskar et al., 2017; Grönberg et al., 2022; Pedersen et al., 1995; Wade et al., 1986). Assim, a diminuição da influência de fatores como o suporte social percebido, que

foi significativo na admissão, pode ter permitido que o impacto da gravidade do AVC sobre a funcionalidade se tornasse mais evidente na alta.

Outra explicação para o pior desempenho funcional nos doentes com afasia no início da reabilitação, pode estar relacionada ao fato de que três quartos dos doentes neste estudo apresentaram algum grau de comprometimento ao nível da compreensão da linguagem. No estudo de Paolucci et al. (2005), observou-se que os doentes afásicos com défices na compreensão da linguagem, apresentaram um estado funcional significativamente inferior no início da reabilitação, comparado tanto com os doentes sem afasia, como aqueles com afasia, mas sem défices de compreensão linguística. Assim, nos doentes com dificuldades de compreensão, é possível que esses défices se manifestem de forma mais pronunciada no início da reabilitação, dificultando a capacidade dos doentes em seguir as instruções dos profissionais. Como a capacidade de entender as instruções terapêuticas é uma competência essencial para a participação ativa nas terapias, este comprometimento poderá resultar num pior estado funcional dos doentes nesse período.

Em relação à diferença na capacidade funcional observada no final da reabilitação entre os doentes com afasia e sem afasia, embora os doentes sem afasia tenham apresentado, em média, uma melhor funcionalidade na alta, esta diferença entre os grupos já não se revelou estatisticamente significativa nesse momento. Isso sugere que, embora os doentes com afasia se apresentem mais debilitados na admissão, estes poderão tirar tanto proveito do processo de reabilitação, quanto os doentes sem afasia.

Esta observação é sustentada por Guzek et al. (2022), uma vez que estes autores concluíram que a afasia foi um preditor do estado funcional dos doentes vítimas de AVC, apenas no momento de admissão à reabilitação.

De forma semelhante, embora no presente estudo não tenha sido realizada uma distinção entre os défices de compreensão e de expressão no grupo de doentes com afasia, os resultados globais observados encontram-se em consonância com os achados de Gialanella (2010b), que não identificaram uma associação significativa entre a presença de défices de compreensão da linguagem e a capacidade de realização das AVD na alta dos doentes com afasia.

Mesmo assim é importante destacar que o tempo médio do internamento foi consideravelmente mais longo nos doentes com afasia (88 dias), em comparação ao tempo médio de internamento dos doentes sem afasia (63 dias). De facto, a literatura indica que os doentes com afasia apresentam um período de internamento mais prolongado (Bijl et al., 2023; Gialanella & Prometti, 2009). Este tempo prolongado de reabilitação pode

sugerir que os doentes com afasia necessitam de mais tempo para alcançar uma recuperação funcional semelhante aos doentes sem esta perturbação. Este tempo adicional também poderá ter contribuído para uma melhoria dos resultados funcionais nesse grupo, ajudando a diminuir a discrepância observada entre os resultados dos grupos com e sem afasia. Assim, é plausível que um aumento na duração do internamento possa contribuir para atenuar a possível relação negativa entre a presença de afasia e piores resultados funcionais.

Com base nos resultados observados, a seguir são apresentadas algumas considerações clínicas que poderão otimizar a recuperação funcional dos doentes com afasia, durante o processo de reabilitação.

Em primeiro lugar, recomenda-se que os profissionais de saúde prestem uma especial atenção aos doentes com afasia no início da reabilitação, dada a possibilidade de estes apresentarem AVCs de maior gravidade, bem como devido à associação observada entre os doentes com esta perturbação e um pior estado funcional inicial.

Ademais, tendo em conta que os défices de compreensão, frequentemente apresentados pelos doentes com afasia, podem comprometer a recuperação funcional durante a reabilitação, torna-se essencial que os profissionais de saúde desenvolvam abordagens terapêuticas que incorporem estratégias de comunicação adaptadas para melhorar a compreensão dos doentes, otimizando, assim, o benefício das intervenções de reabilitação.

A literatura sugere que a utilização de materiais adaptados aos doentes com afasia, descritos como *aphasia-friendly*, que incluem textos simplificados, fontes maiores e de formato padrão, ilustrações que contextualizam a informação além de espaçamento adequado entre os elementos escritos, pode facilitar a compreensão da informação transmitida relacionada com a saúde (Rose et al., 2003). Essas adaptações promovem uma participação mais ativa dos doentes no processo de reabilitação (Vahabi & Ferris, 1995), otimizando os ganhos terapêuticos. Além disso, os doentes com afasia podem beneficiar de estratégias de apoio à compreensão. Exemplos dessas estratégias incluem o uso de escalas do tipo Likert, imagens visuográficas, escrita de palavras-chave, gestos e a ênfase prosódica para complementar o discurso verbal. Estas estratégias ajudam a aumentar a saliência da informação transmitida, melhorando de forma significativa a compreensão dos doentes e promovendo uma comunicação mais eficaz (Wallace et al., 2011). Assim, a combinação de materiais adaptados e estratégias de apoio à compreensão pode facilitar a assimilação da informação pelos doentes com afasia, promovendo a sua participação ativa

no processo de reabilitação e, conseqüentemente, contribuindo para melhores resultados funcionais.

Por fim, recomenda-se que os estudos futuros, que procuram compreender a correlação entre a presença de afasia e o resultado funcional dos doentes com AVC em contexto de reabilitação, façam uma distinção entre os subgrupos de doentes com afasia, com base no domínio da linguagem predominantemente afetado (défices de compreensão vs. de expressão), uma vez que a literatura apresenta achados contraditórios sobre o impacto relativo desses défices linguísticos na recuperação funcional.

Por um lado, diversos estudos indicam que os défices de compreensão desempenham um papel central na limitação dos ganhos funcionais durante a reabilitação, principalmente devido à dificuldade desses doentes em processar e seguir as instruções terapêuticas (Paolucci et al., 1996; Paolucci et al., 1998; Paolucci et al., 2005). Por outro lado, há evidências de que os défices no discurso espontâneo podem ter um impacto ainda mais significativo na funcionalidade dos doentes, uma vez que as áreas cerebrais responsáveis pela linguagem expressiva e pela motricidade são frequentemente afetadas em conjunto, devido ao AVC, comprometendo tanto a capacidade de expressão quanto a mobilidade dos membros (Gialanella, 2010b).

Portanto, estudos futuros poderão explorar de forma mais detalhada o impacto distinto dos diversos domínios linguísticos sobre a recuperação funcional durante a reabilitação, contribuindo para um conhecimento mais aprofundado sobre a influência específica da afasia no processo de reabilitação funcional.

9.2. Relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia

Pretendemos igualmente investigar de que forma a sintomatologia depressiva, avaliada na admissão, influencia o grau de recuperação funcional, bem como a funcionalidade dos doentes com e sem afasia, tanto no momento da admissão como na alta, analisando ainda de que modo essa influência poderá variar entre o grupo com afasia e sem afasia.

Com base na literatura, formulou-se a hipótese de que os doentes com maior incapacidade funcional na admissão apresentariam mais sintomatologia depressiva nessa altura. Além disso, esperava-se que a sintomatologia depressiva influenciasse os resultados funcionais na alta, mas não o grau de recuperação funcional ao longo da

reabilitação. Por fim, antecipou-se um agravamento da sintomatologia depressiva no grupo com afasia entre a admissão e a alta.

Os resultados confirmam parcialmente a hipótese. Em particular, nos doentes sem afasia, observou-se uma associação significativa entre a sintomatologia depressiva e o estado funcional na admissão ao centro de reabilitação ($r = -.609, p = .002$). Assim, quanto maior a sintomatologia depressiva inicial, pior foi o estado funcional na admissão, sugerindo que a sintomatologia depressiva pode exercer um impacto negativo e significativo na funcionalidade dos doentes, na altura da admissão ao centro de reabilitação.

Estes resultados são semelhantes aos de Brown et al. (2011), que observaram uma correlação significativa entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade dos doentes durante a primeira avaliação, realizada cerca de duas semanas após a alta hospitalar, uma janela de tempo relativamente próxima ao período inicial de avaliação dos participantes do presente estudo (cerca de um mês e meio após o AVC). Adicionalmente, um estudo prospetivo realizado por Žikić et al. (2014), corrobora estes achados, revelando que os doentes diagnosticados com depressão duas semanas após o AVC apresentam um comprometimento funcional significativamente maior em comparação com aqueles sem depressão.

Estes dados sugerem que a sintomatologia depressiva, avaliada na admissão, pode surgir, em parte, como uma reação às limitações funcionais impostas aos doentes. Estas evidências apontam para a possibilidade de um círculo vicioso, no qual uma menor funcionalidade no início da reabilitação contribui para o agravamento dos sintomas depressivos, e que por sua vez, podem agravar ainda mais as limitações funcionais (Kutlubaev & Hackett, 2014).

De facto, a literatura relata que os sintomas depressivos tendem a surgir nas primeiras semanas após o AVC, fator esse que pode estar relacionado com o momento em que os doentes começam a tomar consciência das consequências funcionais do AVC e da possibilidade de não conseguirem alcançar uma recuperação completa das suas incapacidades. Este reconhecimento frequentemente conduz a expectativas pessimistas e a défices motivacionais (Gillen et al., 2001; Loong et al., 1995; Lv et al., 2021; Wang et al., 2018).

A presente investigação também procurou explorar de que forma a sintomatologia depressiva inicial poderia impactar os resultados funcionais dos doentes na alta. Dessa forma, no grupo sem afasia, observou-se uma tendência de associação entre maiores

quantidades de sintomatologia depressiva na admissão e uma pior funcionalidade na alta, embora essa relação não tenha alcançado significância estatística ($r_s = -.360$, $p = .092$).

Além disso, não foi observada uma correlação significativa entre a sintomatologia depressiva inicial e o grau de recuperação funcional alcançado pelos doentes ($r = -.258$, $p = .236$), o que reforça a posição de estudos prévios, sugerindo que os ganhos funcionais obtidos no decorrer da reabilitação não são influenciados diretamente pela presença da sintomatologia depressiva (Diamond et al., 1995; Loong et al., 1995; Sinyor et al., 1986).

Estes achados reforçam a possibilidade de que, embora possa haver uma associação negativa entre os sintomas depressivos e a funcionalidade inicial dos doentes, os ganhos funcionais ao longo da reabilitação tendem a ocorrer de forma relativamente independente desses sintomas (Blöchl et al., 2018; Sharma et al., 2021). Nesse contexto, o ambiente estruturado e a rotina organizada da reabilitação, com intervenções multidisciplinares e um ambiente de apoio e encorajamento, pode possibilitar aos doentes o alcance de melhorias funcionais significativas, mesmo na presença de sintomas depressivos (Diamond et al., 1995; Sinyor et al., 1986; Van Der Weg & Lankhorst, 1999).

Consequentemente, é possível que a DPAVC não exerça um impacto significativo na recuperação funcional durante o processo de reabilitação, podendo possuir um valor limitado como preditor dos resultados funcionais alcançados pelos doentes no final da reabilitação (Blöchl et al., 2018; Butsing et al., 2024; Lv et al., 2021; Sharma et al., 2021).

Mesmo assim, é importante ressaltar que, embora os resultados deste estudo não tenham revelado uma correlação significativa entre a sintomatologia depressiva inicial e o resultado funcional dos doentes, continua a ser difícil retirar conclusões definitivas sobre o impacto da DPAVC na funcionalidade dos doentes. Essa dificuldade decorre da considerável variabilidade nas amostras de doentes, nas abordagens de reabilitação adotadas e na diversidade metodológica entre os estudos, incluindo variações nos contextos e momentos de avaliação, assim como nas ferramentas utilizadas para medir a funcionalidade e a depressão (Blöchl et al., 2018; Husseini et al., 2017; Loong et al., 1995; Schöttke et al., 2020).

Os instrumentos escolhidos para avaliar a depressão pós-AVC são um fator importante a ser considerado em futuras investigações. Em particular, a utilização de um instrumento de autorrelato da depressão pós-AVC neste estudo pode ter sido uma limitação, uma vez que estes podem não ser adequados para doentes com anosognosia ou falta de consciência dos seus défices e sintomas depressivos (Hadidi et al., 2008). Isso ocorre porque, nesses casos, os doentes podem não reconhecer ou não relatar com

precisão os seus sintomas depressivos, comprometendo a avaliação do seu estado de humor. Esta conclusão é apoiada pelos achados de Matsuzaki et al. (2015), que observaram um impacto significativo da depressão na funcionalidade dos doentes apenas quando foi utilizada uma escala de avaliação por terceiros, sem terem encontrado uma correlação ao utilizarem uma escala de autorrelato da depressão pós-AVC. Embora este estudo tenha utilizado uma escala de observação do humor por terceiros (SADQ-H), a inclusão de uma escala de autorrelato (CES-D) e a combinação dos resultados numa pontuação padronizada podem ter enfraquecido a correlação entre a depressão inicial e a funcionalidade na alta, devido à possível subnotificação dos sintomas depressivos por parte dos doentes sem afasia.

Além disso, uma quantidade substancial da literatura que procura compreender a relação entre a DPAVC e a funcionalidade dos doentes concentra-se nos resultados funcionais a curto prazo (Zeng et al., 2021). No entanto, existem relatos de que a DPAVC exerce um impacto negativo na recuperação funcional, especialmente após a alta da reabilitação, tendo o potencial de impactar de forma negativa a manutenção dos ganhos funcionais conquistados durante o internamento (Kuptniratsaikul et al., 2009; Brown et al., 2011; Loong et al., 1995).

Assim, embora seja possível que durante a reabilitação, a estimulação e o encorajamento dos profissionais de saúde possam promover o envolvimento ativo dos doentes nas terapias, ajudando-os a manter o foco na recuperação, após a alta, a redução do suporte e a falta de estímulo para continuar a participação em atividades de reabilitação podem levar à perda dos ganhos funcionais obtidos, resultando possivelmente no agravamento da depressão e na perda dos progressos funcionais alcançados (Hadidi et al., 2008). Adicionalmente, após a alta, o humor deprimido dos doentes pode agravar as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, possivelmente devido à redução da motivação, perda de interesse e diminuição do envolvimento em atividades do quotidiano (Stolwyk et al., 2020).

Dado este cenário, e como a associação entre a DPAVC e a funcionalidade dos doentes aparenta ser bidirecional, variando de intensidade conforme o momento da avaliação (Hadidi et al., 2008), torna-se evidente a necessidade de estudos que incluam avaliações de seguimento a longo prazo com amostras maiores de doentes. Estes estudos devem analisar como a DPAVC influencia a funcionalidade de forma variável ao longo do tempo, considerando os diferentes estágios da recuperação (Blöchl et al., 2018; Ezema et al., 1970).

Além disso, como a transição do ambiente de reabilitação para os cuidados comunitários está associada a um aumento significativo das taxas de depressão nos doentes sobreviventes de AVC (Kong et al., 2017), deve ser dada especial atenção à fase crónica da doença. Nesse contexto, é essencial desenvolver estratégias eficazes para prevenir a perda dos ganhos funcionais alcançados durante a reabilitação.

Por fim, é importante relatar que a DPAVC é frequentemente subdiagnosticada ou tratada de forma inadequada, (Kuptniratsaikul et al., 2009; Loong et al., 1995; Robinson & Price, 1982), uma vez que os seus sintomas nem sempre são facilmente identificáveis, tanto para a pessoa que sofreu o AVC como para os profissionais de saúde ou os seus cuidadores, especialmente quando os sintomas são ligeiros ou quando se manifestam de forma gradual (Butsing et al., 2024; Lanctôt et al., 2019). Consequentemente, o rastreio da sintomatologia depressiva, tanto no início como ao longo do processo de reabilitação, revela-se essencial para identificar casos que possam beneficiar de intervenções precoces, potencializando a eficácia dos esforços de reabilitação (Butsing et al., 2024; Gillen et al., 2001; Loong et al., 1995; Lv et al., 2021; Wang et al., 2018). Assim, é sugerido que a sintomatologia depressiva seja identificada e gerida de forma atempada, uma vez que a recuperação mais rápida e eficaz ocorre, geralmente, nos primeiros três a seis meses após um AVC (Butsing et al., 2024).

Após examinar a relação entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade nos doentes sem afasia, é apresentada agora a discussão sobre os resultados obtidos nos doentes com afasia. A prevalência e as características biopsicossociais associadas a esta perturbação tornam relevante investigar como a sintomatologia depressiva se relaciona com a funcionalidade dos doentes com afasia, considerando as particularidades desta condição (Townend et al., 2007a).

Entre os doentes com afasia, não foram observadas correlações significativas entre a sintomatologia depressiva na admissão e o estado funcional, tanto na avaliação inicial quanto na alta da reabilitação. Além disso, não foi observado uma correlação entre a sintomatologia depressiva e o grau de recuperação funcional, neste grupo de doentes. Essa ausência de correlação pode ser explicada por alguns fatores.

Primeiramente, três quartos dos doentes afásicos deste estudo apresentaram tipos de afasia associados a algum grau de comprometimento na compreensão da linguagem (um caso de afasia global e dois de afasia transcortical mista). Como os doentes com dificuldades ao nível da compreensão da linguagem podem apresentar uma menor consciência da gravidade dos seus défices, esta perturbação poderá ter-se tornado num

fator protetor contra a sintomatologia depressiva, principalmente no momento da admissão, quando os défices linguísticos poderão ser mais acentuados (Kauhanen et al., 2000). Este fenómeno poderá ser explicado pela associação descrita na literatura entre lesões localizadas no hemisfério esquerdo e a presença de anosognosia, traduzida pela falta de *insight* relativamente às limitações motoras e/ou linguísticas (Cocchini et al., 2009; Van Der Stelt et al., 2021).

Desta forma, a intensidade dos sintomas depressivos na admissão, neste grupo específico de doentes afásicos, pode não ter sido suficientemente elevada para impactar significativamente a sua funcionalidade, no decorrer da reabilitação.

Porém, convém salientar que a média da sintomatologia depressiva relatada pelos doentes com afasia foi maior na alta da reabilitação em comparação com a admissão, embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística. Esta tendência pode refletir, conforme sugerido por Kauhanen et al. (2000), um aumento da consciência dos défices por parte dos doentes com afasia ao longo da reabilitação, o que possivelmente contribuiu para o agravamento da sintomatologia depressiva no final da reabilitação.

No entanto, é importante destacar que esta interpretação está limitada pela ausência de uma subdivisão do grupo de doentes afásicos com base na modalidade linguística afetada, bem como pela falta de avaliação da presença de anosognosia nesta amostra. Estudos futuros poderiam aprofundar o impacto da sintomatologia depressiva na funcionalidade de doentes com afasia, comparando aqueles com défices de compreensão aos que apresentam défices de expressão da linguagem. Adicionalmente, seria relevante investigar a presença de anosognosia e o seu possível papel moderador na relação entre a depressão e os diferentes tipos de afasia (*fluente vs. não fluente*).

Sugere-se, ainda, que estudos futuros utilizem uma amostra maior de doentes afásicos, uma vez que o tamanho reduzido da amostra de doentes com afasia neste estudo ($N = 4$), pode ter limitado o poder estatístico para detetar correlações robustas. Para além disso, recomenda-se a utilização de escalas adaptadas especificamente para os doentes afásicos, a fim de aumentar a fiabilidade dos dados e promover a inclusão deste subgrupo em investigações sobre a depressão, contornando assim algumas das dificuldades metodológicas inerentes ao seu estudo (Townend et al., 2007b).

Por fim, recomenda-se a monitorização da evolução da sintomatologia depressiva dos doentes com afasia durante o período de reabilitação, tendo em consideração que os sintomas podem agravar-se ao longo do tempo, à medida que os doentes ganham uma maior consciência das suas limitações (Kauhanen et al., 2000). Essa monitorização deve

ser realizada tendo em conta as necessidades específicas deste subgrupo clínico, garantindo uma avaliação mais precisa e inclusiva (Townend et al., 2007a). Nesse sentido, os terapeutas da fala poderão desempenhar um papel fundamental através do fornecimento de orientações sobre as formas mais eficazes de comunicar com os doentes afásicos, durante as avaliações da sintomatologia depressiva (Spencer et al., 1997).

9.3. Relação entre o Suporte Social Percebido e a Funcionalidade em Doentes pós-AVC com e sem Afasia

Uma das questões centrais deste estudo foi a de compreender a relação entre o suporte social percebido e a funcionalidade dos doentes, tanto na admissão como na alta, analisando de que forma essa relação poderia variar entre os doentes com e sem afasia.

Desse modo, formulou-se a hipótese de que quantidades maiores de suporte social percebido na admissão estariam associadas a uma melhor funcionalidade, quer no início, quer no final, em ambos os grupos. Além disso, não foram antecipadas diferenças significativas na quantidade de suporte social percebido entre os grupos com e sem afasia.

Inicialmente, observou-se que a quantidade de suporte social percebido permaneceu estável ao longo da reabilitação, sem diferenças significativas entre os doentes com afasia e sem afasia. Estes resultados estão em consonância com o que foi proposto por Thoits (2011) e observado por Hilari e Northcott (2016), sugerindo que a percepção de suporte social é moldada ao longo de diversas interações recíprocas ao longo da vida, o que poderá explicar a sua estabilidade num período relativamente curto, como o período de internamento para reabilitação.

Em seguida, foi analisada a correlação entre o suporte social percebido e a funcionalidade dos doentes sem afasia. Neste grupo, observou-se uma tendência sugerindo uma associação positiva entre um maior suporte social percebido na admissão e uma melhor funcionalidade, tanto na admissão ($rs = .305, p = .157$) como na alta ($rs = .326, p = .129$). Contudo, essa associação não atingiu significância estatística.

Uma potencial explicação para a falta de significância poderá estar relacionada com a abordagem utilizada para medir o suporte social percebido. Neste estudo, optou-se pela utilização de uma escala que avalia o suporte social percebido de uma forma global, combinando as componentes do suporte emocional, instrumental e informativo num único resultado total, sem diferenciar as várias facetas do construto. Esta agregação pode ter reduzido a capacidade de detetar associações mais fortes que poderiam emergir ao avaliar cada componente separadamente.

A literatura aponta que diferentes tipos de suporte social percebido podem exercer impactos distintos na recuperação funcional. Por exemplo, o suporte emocional pode desempenhar um papel particularmente benéfico, uma vez que está associado a um aumento na autoeficácia, na autoestima e a uma sensação de mestria apesar das limitações, contribuindo para uma recuperação funcional mais rápida e completa (Glass & Maddox, 1992).

Por outro lado, embora o suporte instrumental possa oferecer benefícios, um excesso deste tipo de apoio pode promover a dependência, afetando negativamente a autonomia e a autoeficácia dos doentes. Tal cenário poderá ocorrer uma vez que demasiadas quantidades deste tipo de suporte tendem a tornar os doentes excessivamente dependentes de terceiros para a realização das atividades do cotidiano. Esta dependência poderá comprometer não só a sua recuperação geral, como a independência funcional, levando possivelmente a uma atrofia das capacidades funcionais (Glass & Maddox, 1992; Hilari & Northcott, 2006).

De maneira semelhante, o suporte informacional poderá ter um impacto limitado nos resultados funcionais se existirem limitações cognitivas que dificultam a capacidade dos doentes em compreender, processar e aplicar a informação recebida. Estas barreiras poderão reduzir a eficácia deste tipo de suporte no contexto da reabilitação (Glass & Maddox, 1992).

Assim, nem todos os tipos de suporte social percebido poderão contribuir de forma uniforme para a funcionalidade dos doentes, dado que o suporte instrumental poderá fomentar a dependência e o suporte informacional poderá ser limitado pelas dificuldades cognitivas dos doentes. Consequentemente, a avaliação conjunta dos três tipos de suporte percebido, poderá ter diluído a possível associação entre o suporte social percebido e a funcionalidade dos doentes sem afasia, contribuindo para a ausência de uma correlação significativa entre as variáveis em estudo.

Quanto ao grupo de doentes com afasia, uma maior quantidade de suporte social percebido na admissão ao centro de reabilitação mostrou-se fortemente correlacionada com um melhor estado funcional nesse momento ($r = .971, p = .029$). Contudo essa correlação não se manteve significativa no momento da alta ($r = .796, p = .204$), sugerindo que o impacto do suporte social percebido sobre a funcionalidade pode variar ao longo das diferentes fases da reabilitação.

Uma possível explicação para este padrão pode estar relacionada com a possibilidade de que o efeito do suporte social percebido sobre diversos parâmetros da

saúde física e mental seja mais evidente em períodos de stress elevado, tais como durante a fase inicial de adaptação ao AVC, incluindo a altura da admissão à reabilitação (Eadie et al. 2018).

Assim, a forte associação entre o suporte social percebido e o estado funcional na admissão, mas não na alta, pode ser interpretada à luz do modelo de amortecimento do stress proposto por Cohen & Wills (1985). O início da reabilitação é frequentemente um período de elevada exigência emocional, uma vez que os doentes ainda podem estar em processo de adaptação à nova realidade pós-AVC, incluindo limitações na comunicação. Nesse contexto, é provável que os doentes apresentem maiores quantidades de stress, e a literatura indica que níveis mais elevados de stress estão associados a um pior estado funcional nos doentes que sofreram AVC (Holman et al., 2023). Portanto, o suporte social percebido poderá desempenhar um papel fundamental como amortecedor do stress, atenuando os seus efeitos negativos sobre a funcionalidade dos doentes com afasia, especialmente na altura da admissão ao centro de reabilitação. Contudo, a diminuição da força dessa correlação na alta pode refletir o impacto da adaptação progressiva dos doentes às suas limitações decorrentes do AVC, o que pode ter levado a uma redução na intensidade do stress percebido ao longo do tempo.

Quanto ao fato de um maior suporte social percebido ter estado significativamente correlacionado com a funcionalidade dos doentes com afasia, mas não com a dos doentes sem afasia, na admissão à reabilitação, este resultado pode ser explicado por alguns fatores específicos.

A presença de afasia está associada a um aumento substancial do sofrimento psicológico em doentes que sofreram um AVC, especialmente durante a fase subaguda da recuperação (Hilari, 2010), possivelmente por esta perturbação estar associada a maiores sentimentos de solidão e de isolamento social (Azios et al., 2021).

Desta forma, o suporte social percebido pode exercer um papel crucial na redução do stress entre os doentes com afasia, mais do que entre aqueles sem essa perturbação, particularmente no início da reabilitação. Essa redução do stress poderá amplificar o impacto positivo do suporte social percebido sobre a funcionalidade dos doentes afásicos durante essa fase inicial, uma vez que a redução do stress esta associada a melhorias na funcionalidade dos doentes vítimas de AVC (Holman et al., 2023).

Nos doentes com afasia, também é possível que a tendência para uma maior gravidade inicial do AVC possa ter aumentado o efeito do suporte social percebido sobre a funcionalidade, conforme sugerido por estudos prévios (Glass et al., 1993; Tsouna-

Hadjis et al., 2000). Assim, é possível que este grupo de doentes beneficie mais do suporte social percebido para alcançar uma recuperação funcional mais completa, em comparação com os doentes sem afasia, o que ajudaria a explicar a correlação significativa observada nos doentes com afasia, em contraste com os doentes sem afasia,

Quanto às implicações clínicas baseadas nos resultados deste estudo, sugere-se que intervenções focadas no fortalecimento do suporte social percebido podem ser particularmente eficazes na recuperação funcional dos doentes com afasia, especialmente nas fases iniciais do processo de reabilitação. Programas que integrem estratégias práticas e psicoeducacionais direcionadas não só aos doentes com afasia, mas também às suas redes de apoio, podem desempenhar um papel crucial no início da reabilitação. Tais intervenções devem centrar-se na redução do isolamento social e da solidão, abordando os desafios específicos enfrentados pelos doentes. Além disso, fornecer orientação às redes de suporte sobre as formas mais eficazes de apoiar o doente pode potenciar o suporte percebido pelo mesmo, contribuindo para uma adaptação mais eficaz e para melhores ganhos funcionais durante esta fase crítica do processo de reabilitação.

Em relação a estudos futuros, poderá ser relevante explorar as contribuições individuais de cada tipo de suporte social percebido, com destaque para o suporte emocional percebido, que parece estar mais fortemente relacionado com melhores níveis de funcionalidade. A separação dos diferentes componentes do suporte social percebido poderá permitir a identificação de correlações significativas entre cada tipo de suporte e a recuperação funcional dos doentes com AVC durante o processo de reabilitação, oferecendo uma compreensão mais detalhada e direcionada para intervenções eficazes.

9.4. Relação entre o Suporte Social Percebido e a Sintomatologia Depressiva em Doentes pós-AVC com e sem Afasia

Outra das questões deste estudo centrou-se em compreender como o suporte social percebido na admissão se relaciona com a sintomatologia depressiva dos doentes, tanto na admissão como na alta, e como essa relação pode variar em função da presença ou ausência de afasia. Dessa forma, formulou-se a hipótese de que uma maior percepção de suporte social na admissão estaria associada a uma menor quantidade de sintomatologia depressiva, tanto na admissão como na alta, independentemente da presença de afasia.

Com base nesta questão, em primeiro lugar, foi explorada a relação entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva nos doentes sem afasia. Neste grupo, o apoio social percebido demonstrou uma correlação significativa com a redução dos

sintomas depressivos, tanto na admissão ($r_s = -.457, p = .028$), como na alta ($r_s = -.437, p = .037$). Este resultado sugere que maiores quantidades de suporte social percebido exercem um papel importante como um fator protetor da saúde mental nos doentes sem afasia, atenuando os sintomas depressivos ao longo do processo de reabilitação.

Os achados deste estudo são corroborados pela revisão sistemática de Northcott et al. (2015). Estes autores observaram que a percepção de um suporte social insuficiente esteve significativamente associada à presença de depressão e de sintomas depressivos após o AVC, desde a fase aguda até a fase crônica da recuperação. De forma semelhante, Lewin et al. (2013) também relataram que o apoio social percebido desempenha um papel protetor contra a sintomatologia depressiva em doentes com AVC, destacando que o principal fator protetor é a existência de uma relação social considerada útil pelo doente. Adicionalmente, a meta-análise de Bi e Wang (2022), reforça essas evidências ao demonstrar uma associação significativa e inversa entre o suporte social e a depressão pós-AVC. A maioria dos estudos incluídos nessa meta-análise sugere que o suporte social desempenha um papel protetor contra o desenvolvimento da depressão pós-AVC.

Assim, este conjunto de dados sugere que o suporte social percebido exerce um efeito protetor duradouro na saúde mental dos doentes após o AVC, com efeitos benéficos observados ao longo do tempo, o que sustenta a conclusão de que o suporte social percebido pode contribuir para a redução da sintomatologia depressiva ao longo do processo de reabilitação.

O motivo pelo qual o suporte social percebido exerceu esse efeito pode ser interpretado à luz do modelo de amortecimento do stress (Cohen & Wills, 1985), e do modelo da transição psicossocial (Glass & Maddox, 1992). Estes modelos destacam a importância do suporte social percebido como um fator crucial para mitigar a sintomatologia depressiva, suavizando as consequências negativas de um evento altamente stressante, como o AVC, e facilitando a adaptação do doente à sua nova realidade pós-AVC, promovendo, dessa forma, uma melhoria no seu bem-estar psicológico.

Embora estes resultados reforcem a evidência de uma associação entre maiores níveis de suporte social percebido e uma menor sintomatologia depressiva em doentes vítimas de AVC sem afasia ao longo do processo de reabilitação, algumas limitações devem ser consideradas. Assim, de seguida serão discutidas algumas limitações do estudo, bem como sugestões para futuras investigações, que possam aprofundar o nosso conhecimento sobre o impacto do suporte social percebido sobre a depressão pós-AVC.

Adicionalmente, serão apresentadas sugestões para a prática clínica, orientadas para o tratamento da depressão pós-AVC.

Conforme descrito na literatura, embora o suporte social percebido esteja associado a uma redução da sintomatologia depressiva nos doentes pós-AVC, muitos estudos têm medido o suporte social percebido como uma variável unidimensional, representada por uma pontuação total, o que limita a compreensão dos impactos específicos de cada tipo de suporte sobre a depressão pós-AVC (Kruithof et al., 2015). Certos tipos de suporte social, como o suporte instrumental e informacional, podem estar associados a um aumento da dependência dos doentes em relação a terceiros (Glass & Maddox, 1992). Este aumento na dependência funcional pode, por sua vez, contribuir para uma maior sintomatologia depressiva, uma vez que a dependência funcional está frequentemente associada à depressão pós-AVC (Kutlubaev & Hackett, 2014). Por outro lado, o suporte emocional parece estar mais fortemente associado à redução da sintomatologia depressiva nos doentes pós-AVC, sem apresentar desvantagens evidentes, conforme sugerido por diversos estudos (Gariépy et al., 2016; Glass & Maddox, 1992; Salter et al., 2010; Thoits, 2011). Assim, é possível que a força da correlação tivesse sido maior neste estudo, caso tivesse sido avaliado exclusivamente o suporte emocional percebido, uma vez que a utilização de uma escala global do construto, que inclui as dimensões de suporte instrumental e informacional, pode ter reduzido a força dessa correlação. Estudos futuros poderão avaliar o suporte emocional, instrumental e informacional de forma separada, por forma a obter resultados mais detalhados dos possíveis efeitos benéficos ou prejudiciais desses três tipos de suporte social percebido sobre a depressão pós-AVC em doentes em contexto de reabilitação.

Além disso, embora a literatura atual, incluindo a revisão sistemática de Northcott et al. (2015), demonstre que o suporte social percebido atua como um fator protetor contra a sintomatologia depressiva desde a fase aguda até a fase crónica do AVC, é importante reconhecer que a maioria desses estudos avaliam períodos relativamente próximos ao evento do AVC, ou na fase subaguda, conforme mencionado por Volz et al. (2016). De facto, a literatura indica que, em fases posteriores do AVC, muitos doentes apresentam dificuldades na manutenção das suas redes sociais, sendo que o contacto com os amigos e o envolvimento em atividades sociais tende a diminuir (Hilari & Northcott, 2016; Knapp & Hewison, 1998; Volz et al., 2016). Esta redução na rede de suporte dos doentes pode estar relacionada a vários fatores, como a perda de mobilidade e de emprego, deficiências físicas e de comunicação, fadiga pós-AVC bem como a atitudes estigmatizantes por parte

de terceiros (Hilari & Northcott, 2016; Knapp & Hewison, 1998). Considerando que o isolamento social é um fator de risco significativo para a depressão pós-AVC (Medeiros et al., 2020), é fundamental que estudos futuros explorem o papel protetor do suporte social percebido em fases posteriores ao internamento, quando os doentes enfrentam a adaptação à sua nova realidade, longe do ambiente controlado da reabilitação. Desta forma, investigações futuras poderão utilizar um design de estudo longitudinal, para aprofundar o nosso conhecimento sobre os efeitos do suporte social percebido na depressão pós-AVC.

Após analisar a relação entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva nos doentes sem afasia, a atenção volta-se agora para os doentes com afasia. Este grupo apresenta características e desafios distintos que podem influenciar a forma como se manifesta a interação entre o suporte social percebido e os sintomas depressivos ao longo do processo de reabilitação.

Assim, nesta secção, discutem-se os resultados observados neste grupo, explorando as particularidades da interação entre o suporte social percebido e os sintomas depressivos ao longo da reabilitação.

Relativamente a este grupo de doentes, não foi observada uma correlação significativa entre o suporte social percebido na admissão e a sintomatologia depressiva, quer na admissão, quer na alta. A ausência de uma correlação significativa no grupo de doentes com afasia pode ser interpretada considerando o tamanho reduzido da amostra ($N = 4$), o que limita a robustez dos resultados e a capacidade de detetar potenciais associações.

Outra explicação para a ausência de uma correlação entre o suporte social percebido e a depressão pós-AVC nos doentes com afasia pode estar relacionada com a escala utilizada, que não avaliou a dimensão do companheirismo social. Este conceito é uma componente importante do suporte social percebido, referindo-se à disponibilidade de outras pessoas para participar em atividades recreativas ou agradáveis com o doente, promovendo a interação social positiva, os sentimentos de pertença e a integração social (Hilari & Northcott, 2006). Evidências anteriores sugerem que o companheirismo social está associado à melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde dos doentes com afasia (Hilari & Northcott, 2006), e à diminuição da sintomatologia depressiva em doenças crónicas (Symister & Friend, 2003).

No caso dos doentes com afasia, o companheirismo social, entendido como a perceção de ter alguém com quem possam interagir e partilhar momentos de lazer e

prazer (Northcott et al., 2015), pode ser particularmente benéfico para a sua saúde mental. Isso ocorre porque, devido às dificuldades de comunicação associadas à afasia, as oportunidades de interação social são frequentemente limitadas (Hilari & Northcott, 2006), o que pode aumentar o isolamento social e os sentimentos de solidão, levando a um aumento na sintomatologia depressiva. A depressão, por sua vez, tende a agravar o isolamento social (Azios et al., 2021), criando um círculo vicioso que intensifica os sintomas depressivos e prejudica a saúde mental desses indivíduos (Ashaie et al., 2019; Hilari et al., 2010).

Nesse sentido, o companheirismo social pode atuar como um fator crucial para mitigar a sintomatologia depressiva, atendendo às necessidades específicas dessa população. A percepção de uma rede de apoio que ofereça momentos de companhia e interação poderá ajudar a combater os sentimentos de exclusão social e promover um maior bem-estar psicológico (Hilari & Northcott, 2006; Vickers, 2010). Assim, estratégias que fortaleçam essa dimensão do suporte social têm o potencial de impactar positivamente a saúde mental dos doentes com afasia.

Outro fator que pode explicar a ausência de uma correlação entre o suporte social percebido e a redução da sintomatologia depressiva nos doentes com afasia está relacionado com a dimensão do suporte instrumental, avaliada pela escala utilizada neste estudo. A literatura indica que as dificuldades linguísticas associadas à afasia impactam negativamente o funcionamento social dos doentes, além das consequências sociais decorrentes do AVC (Hilari & Northcott, 2006; Hilari & Northcott, 2016; Northcott et al., 2015; Northcott et al., 2016). Desta forma, o suporte social pode ter um impacto distinto nos doentes com afasia. As dificuldades linguísticas características da afasia podem fazer com que o grupo de apoio do doente assumam a responsabilidade pela sua comunicação. Esta dinâmica pode resultar na perda de papéis sociais e responsabilidades que o doente desempenhava anteriormente, contribuindo potencialmente para um efeito negativo na sua saúde mental (Nätterlund, 2010). Assim, mesmo que o doente perceba que está bem apoiado no que respeita ao suporte instrumental, essa percepção de suporte poderá não exercer um impacto direto na redução da sintomatologia depressiva.

Quanto à comparação dos resultados deste estudo em relação à literatura, essa análise é desafiante, uma vez que há uma escassez de estudos que investiguem o impacto do suporte social percebido na sintomatologia depressiva especificamente nos doentes com afasia. Frequentemente, as investigações combinam os doentes com e sem afasia num único grupo (e.g. Hilari et al., 2010), o que dificulta a distinção entre os efeitos

específicos da afasia e os efeitos gerais do AVC. Este enquadramento limita a compreensão do impacto exclusivo do suporte social percebido sobre a depressão pós-AVC em doentes com afasia, uma vez que os resultados podem ser influenciados por fatores comuns a todos os sobreviventes de AVC.

Mesmo assim, um estudo realizado por Hilari et al. (2010), verificou que o suporte social percebido foi um preditor significativo de um menor sofrimento psicológico aos três e seis meses após o AVC, numa amostra que incluiu doentes com e sem afasia. Nos resultados desta dissertação, foi igualmente observada uma correlação significativa entre uma maior quantidade de suporte social percebido na alta e uma menor quantidade de sintomatologia depressiva na admissão, para a amostra total de doentes (doentes com afasia e sem afasia). Este achado sugere que o suporte social percebido pode desempenhar um papel protetor na redução da sintomatologia depressiva, incluindo no caso dos doentes com afasia. No entanto, a ausência de uma correlação significativa especificamente no grupo com afasia, contrastando com os resultados obtidos na amostra total, indica que o impacto do suporte social percebido sobre a sintomatologia depressiva possa ser mais complexo nesta subpopulação.

Embora essa correlação não tenha sido significativa nos doentes com afasia no presente estudo, a literatura destaca fatores relevantes que devem ser considerados no contexto clínico. Estudos sugerem que o isolamento social e os sentimentos de solidão são fatores que contribuem marcadamente para o aumento da sintomatologia depressiva nos doentes com afasia (Ashaie et al., 2019; Azios et al., 2021; Hilari et al., 2010). Uma estratégia que se tem mostrado eficaz para combater o isolamento social e os sentimentos de solidão é através da criação de grupos de apoio para pessoas com afasia. A literatura indica que os doentes que integram nestes grupos apresentam níveis significativamente mais elevados de participação social, menor perceção de isolamento social e maior perceção de suporte social, em comparação com aqueles que não participam (Vickers, 2010). Assim, ao promoverem a interação e a integração social, estes grupos podem atuar como um fator protetor da saúde mental dos doentes com afasia.

A literatura também indica que a satisfação com a rede social, mais do que o tamanho da rede, prevê menores quantidades de sofrimento psicológico a longo prazo (Hilari et al., 2010). Assim, as intervenções devem priorizar o fortalecimento da qualidade dos relacionamentos interpessoais, mais do que o aumento quantitativo das redes de suporte. Uma abordagem eficaz para fortalecer a qualidade dos relacionamentos interpessoais poderá ser através do investimento na formação e no suporte aos familiares

dos doentes com afasia, durante a fase aguda do AVC. A ausência de formação e de suporte adequado nesse período crítico poderá prejudicar a qualidade da relação entre o doente e a sua família nas fases subsequentes da recuperação. Isto ocorre porque muitos familiares carecem das competências necessárias para gerir as novas responsabilidades inerentes ao papel de cuidador (Kristo & Mowll, 2021). Dado que a afasia é pouco compreendida pela população em geral (Northcott et al., 2015), torna-se essencial a implementação de intervenções psicoeducativas que promovam um maior conhecimento desta condição, além do treinamento de familiares e amigos em técnicas que facilitem a interação comunicativa (Cruice et al., 2003). Paralelamente, é igualmente crucial disponibilizar apoio psicossocial tanto ao doente como ao seu grupo de apoio, de forma a facilitar o processo de adaptação às mudanças provocadas pela condição.

Com base nestas considerações, recomenda-se que estudos futuros incluam amostras mais amplas, o que permitirá aumentar a robustez estatística e identificar com maior precisão possíveis associações entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva em doentes com afasia. Além disso, seria pertinente desenvolver ou adaptar instrumentos específicos para avaliar o companheirismo social percebido nesta população, dado o papel crucial desta dimensão do suporte social para a saúde mental dos doentes. Estes instrumentos devem ser concebidos ou adaptados considerando as limitações linguísticas características da afasia, de modo a garantir uma avaliação mais precisa e inclusiva.

Por fim, seria relevante explorar como o suporte social percebido influencia outras variáveis fortemente associadas à sintomatologia depressiva nesta subpopulação de doentes com AVC, tais como os sentimentos de solidão e de isolamento social, frequentemente reportados por estes indivíduos.

10 Conclusão

Os resultados deste estudo confirmam parcialmente as hipóteses formuladas, destacando diferenças importantes entre os doentes com e sem afasia. Nos doentes sem afasia, observou-se que uma pior funcionalidade inicial esteve associada a uma maior quantidade de sintomas depressivos, sugerindo que esses sintomas poderão surgir como uma reação às limitações funcionais impostas pelo AVC. Contudo, esses sintomas não influenciaram significativamente a recuperação funcional, possivelmente devido ao ambiente de reabilitação, que pode atuar como um fator protetor para a saúde mental. Já o suporte social percebido mostrou-se relevante para a redução dos sintomas depressivos ao longo do internamento, evidenciando o seu papel importante na adaptação dos doentes a uma nova realidade pós-AVC. No entanto, contrariamente ao esperado, o suporte social percebido não se relacionou com a funcionalidade inicial ou final, possivelmente devido à inclusão de tipos de suporte na escala utilizada, que podem aumentar a dependência dos doentes em relação ao seu grupo de apoio.

Entre os doentes com afasia, embora tenham apresentado maiores limitações iniciais ao nível funcional e uma tendência para AVCs de maior gravidade, conseguiram alcançar níveis de funcionalidade semelhantes aos doentes sem afasia no final da reabilitação, ainda que com um tempo de internamento mais longo. A ausência de associações significativas entre a sintomatologia depressiva e a funcionalidade neste grupo poderá ter surgido devido aos défices de compreensão, que poderão ter limitado a perceção dos doentes sobre as suas próprias limitações. Por fim, o suporte social percebido correlacionou-se positivamente com a funcionalidade na admissão, indicando que este pode ser um fator importante para reforçar a funcionalidade inicial dos doentes com afasia.

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se a utilização de uma escala global para avaliar o suporte social percebido, o que impossibilitou a identificação do impacto específico dos diferentes tipos de apoio sobre as variáveis em análise. Além disso, por se tratar de um estudo correlacional, não foi possível estabelecer relações causais entre as variáveis nem determinar a direção dessas associações. Por fim, é relevante salientar o tamanho reduzido da amostra de doentes com afasia, o que poderá ter comprometido o poder estatístico necessário para detetar correlações significativas.

Um dos principais pontos fortes deste estudo foi a inclusão de doentes com afasia, um grupo frequentemente excluído de investigações sobre o AVC devido às dificuldades

metodológicas inerentes à avaliação de indivíduos com limitações na compreensão e expressão da linguagem. Esta abordagem possibilitou uma análise mais abrangente e inclusiva, contribuindo para preencher uma lacuna na literatura, relacionada à escassa inclusão de doentes com afasia em estudos sobre a recuperação pós-AVC, particularmente no que se refere ao suporte social percebido e à depressão pós-AVC. Para mitigar as barreiras metodológicas, o estudo utilizou instrumentos adaptados especificamente para este subgrupo, contando com o apoio dos terapeutas da fala na adaptação da escala de suporte social percebido, procurando ajustar a mesma às necessidades específicas dos doentes com afasia. A participação destes profissionais revelou-se uma mais-valia, dado o seu conhecimento detalhado sobre as dificuldades e necessidades deste subgrupo, contribuindo para melhorar a validade e a fiabilidade dos dados recolhidos.

Referências

- Ali, M., Lyden, P., & Brady, M. (2013). Aphasia and dysarthria in acute stroke: recovery and functional outcome. *International Journal of Stroke*, *10*(3), 400–406. <https://doi.org/10.1111/ij.s.12067>
- Almhdawi, K. A., Alazrai, A., Kanaan, S. F., Shyyab, A. A., Oteir, A. O., Mansour, Z. M., & Jaber, H. (2020). Post-stroke depression, anxiety, and stress symptoms and their associated factors: A cross-sectional study. *Neuropsychological Rehabilitation*, *31*(7), 1091–1104. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1760893>
- Ashaie, S., Hurwitz, R., & Cherney, L. R. (2019). Depression and subthreshold depression in Stroke-Related aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *100*(7), 1294–1299. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.01.024>
- Azios, J. H., Strong, K. A., Archer, B., Douglas, N. F., Simmons-Mackie, N., & Worrall, L. (2021). Friendship matters: a research agenda for aphasia. *Aphasiology*, *36*(3), 317–336. <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1873908>
- Belagaje, S. (2017). Stroke rehabilitation. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, *23*(1), 238–253. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000423>
- Bhaskar, S., Stanwell, P., Bivard, A., Spratt, N., Walker, R., Kitsos, G., Parsons, M., Evans, M., Jordan, L., Nilsson, M., Attia, J., & Levi, C. (2017). The influence of initial stroke severity on mortality, overall functional outcome and in-hospital placement at 90 days following acute ischemic stroke: A tertiary hospital stroke register study. *Neurology India*, *65*(6), 1252. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.217947>
- Bi, H., & Wang, M. (2022). Role of social support in poststroke depression: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.924277>

- Bijl, T., Mudzi, W., & Comley-White, N. (2023). Predictors of patient length of stay post stroke rehabilitation. *African Health Sciences*, 23(2), 543–552.
<https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.63>
- Blöchl, M., Meissner, S., & Nestler, S. (2018). Does depression after stroke negatively influence physical disability? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 247, 45–56.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.082>
- Brott, T., Adams, H. P., Olinger, C. P., Marler, J. R., Barsan, W. G., Biller, J., Spilker, J., Holleran, R., Eberle, R., & Hertzberg, V. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864–870.
<https://doi.org/10.1161/01.str.20.7.864>
- Brown, C., Hasson, H., Thyselius, V., & Almborg, A. (2011). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126(1), 45–51. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2011.01595.x>
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2010). Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology*, 24(10), 1267–1295. <https://doi.org/10.1080/02687031003755429>
- Butsing, N., Zauszniewski, J. A., Ruksakulpiwat, S., Griffin, M. T. Q., & Niyomyart, A. (2024). Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review. *PLoS ONE*, 19(8), e0309158.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309158>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 1–11.

- Support - MSPSS). *Psychologica*, 54, 331–357. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Cocchini, G., Beschin, N., Cameron, A., Fotopoulou, A., & Della Sala, S. (2009). Anosognosia for motor impairment following left brain damage. *Neuropsychology*, 23(2), 223–230. <https://doi.org/10.1037/a0014266>
- Code, C., Hemsley, G., & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 20(01), 19–31. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1064006>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333–353. <https://doi.org/10.1080/02687030244000707>
- Damásio, A. R. (1973). *Neurologia da linguagem*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Diamond, P. T., Holroyd, S., Macciocchi, S. N., & Felsenthal, G. (1995). PREVALENCE OF DEPRESSION AND OUTCOME ON THE GERIATRIC REHABILITATION UNIT. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(3), 214–217. <https://doi.org/10.1097/00002060-199505000-00006>

- Eadie, T., Kapsner-Smith, M., Bolt, S., Sauder, C., Yorkston, K., & Baylor, C. (2018). Relationship between perceived social support and patient-reported communication outcomes across communication disorders: a systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1059–1077. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12417>
- Egelko, S., Simon, D., Riley, E., Gordon, W. A., Ruckdeschel-Hibbard, M., & Diller, L. (1989). First year after stroke: tracking cognitive and affective deficits. *PubMed*, 70(4), 297–302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2930344>
- Einstad, M. S., Saltvedt, I., Lydersen, S., Ursin, M. H., Munthe-Kaas, R., Ihle-Hansen, H., Knapskog, A., Askim, T., Beyer, M. K., Næss, H., Seljeseth, Y. M., Ellekjær, H., & Thingstad, P. (2021). Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>
- Ezema, C. I., Akusoba, P. C., Nweke, M. C., Uchewoke, C. U., Agono, J., & Usoro, G. (1970). Influence of Post-Stroke Depression on functional independence in activities of daily living. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(1). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i1.5>
- Ferro, J. M. (1986). *Neurologia do comportamento: Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Folstein, M. F., Maiberger, R., & McHugh, P. R. (1977). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 40(10), 1018–1020. <https://doi.org/10.1136/jnnp.40.10.1018>
- Gaete, J., & Bogousslavsky, J. (2008). Post-stroke depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(1), 75–92. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.1.75>

- Galeoto, G., Iori, F., De Santis, R., Santilli, V., Mollica, R., Márquez, M. A., Sansoni, J., & Berardi, A. (2019). The outcome measures for loss of functionality in the activities of daily living of adults after stroke: a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(3), 236–245.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Gialanella, B. (2010b). Aphasia assessment and functional outcome prediction in patients with aphasia after stroke. *Journal of Neurology*, 258(2), 343–349.
<https://doi.org/10.1007/s00415-010-5868-x>
- Gialanella, B., & Prometti, P. (2009). Rehabilitation Length of Stay in Patients Suffering from Aphasia After Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(6), 437–444.
<https://doi.org/10.1310/tsr1606-437>
- Gialanella, B., Bertolinelli, M., Lissi, M., & Prometti, P. (2010a). Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(2), 122–129.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2010.488712>
- Gillen, R. W., Tennen, H., McKee, T. E., Gernert-Dott, P., & Affleck, G. (2001). Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(12), 1645–1649. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.26249>
- Glass, T. A., & Maddox, G. L. (1992). The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science & Medicine*, 34(11), 1249–1261. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90317-j](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90317-j)

- Glass, T. A., Matchar, D. B., Belyea, M., & Feussner, J. R. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, *24*(1), 64–70.
<https://doi.org/10.1161/01.str.24.1.64>
- Gordon, W. A., & Hibbard, M. R. (1997). Poststroke depression: An examination of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*(6), 658–663.
[https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(97\)90433-0](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(97)90433-0)
- Grönberg, A., Henriksson, I., Stenman, M., & Lindgren, A. G. (2022). Incidence of aphasia in ischemic stroke. *Neuroepidemiology*, *56*(3), 174–182.
<https://doi.org/10.1159/000524206>
- Guzek, Z., Dziubek, W., Stefańska, M., & Kowalska, J. (2022). A Comparative Analysis of Functional Status and Mobility in Stroke Patients with and without Aphasia. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(12), 3478.
<https://doi.org/10.3390/jcm11123478>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, *39*(1–2), 133–144.
<https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Hadidi, N., Treat-Jacobson, D. J., & Lindquist, R. (2008). Poststroke depression and functional outcome: A critical review of literature. *Heart & Lung*, *38*(2), 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.002>
- Harvey, R. L. (2015). Predictors of functional outcome following stroke. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, *26*(4), 583–598.
<https://doi.org/10.1016/j.pmr.2015.07.002>
- Herrmann, M., Bartels, C., & Wallesch, C. (1993). Depression in acute and chronic aphasia: symptoms, pathoanatomical-clinical correlations and functional

- implications. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 56(6), 672–678. <https://doi.org/10.1136/jnnp.56.6.672>
- Hilari, K. (2010). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211–218. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.508829>
- Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20(1), 17–36. <https://doi.org/10.1080/02687030500279982>
- Hilari, K., & Northcott, S. (2016). “Struggling to stay connected”: comparing the social relationships of healthy older people and people with stroke and aphasia. *Aphasiology*, 31(6), 674–687. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1218436>
- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chataway, J., & Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181–190. <https://doi.org/10.1177/0269215509346090>
- Holman, E. A., Cramer, S. C., Shah, S., Griessenauer, C. J., Patel, N., Lin, D. J., Gee, J., Moon, J., Schwertfeger, J., Jayaraman, A., Lee, R., Lansberg, M., Payne, J., Patten, C., Agrawal, K., DeJong, S., Cole, J., Silver, B., Cucchiara, B., . . . Falcone, G. J. (2023). Lifetime and acute stress predict functional outcomes following stroke: findings from the longitudinal STRONG study. *Stroke*, 54(11), 2794–2803. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.123.043356>
- Husseini, N. E., Goldstein, L. B., Peterson, E. D., Zhao, X., Olson, D. M., Williams, J. W., Bushnell, C., & Laskowitz, D. T. (2017). Depression Status Is Associated with Functional Decline Over 1-Year Following Acute Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(7), 1393–1399. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.03.026>

- Inouye, M., Kishi, K., Ikeda, Y., Takada, M., Katoh, J., Iwahashi, M., Hayakawa, M., Ishihara, K., Sawamura, S., & Kazumi, T. (2000). Prediction of functional outcome after stroke rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(6), 513–518. <https://doi.org/10.1097/00002060-200011000-00007>
- Jain, A., Van Houten, D., & Sheikh, L. (2016). Retrospective Study on National Institutes of Health Stroke Scale as a Predictor of Patient Recovery After Stroke. *Journal of Cardiovascular Nursing/the Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 69–72. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000198>
- Jeng, J., Huang, S., Tang, S., & Yip, P. (2008). Predictors of survival and functional outcome in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*, 270(1–2), 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2008.01.015>
- Jørgense, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Pedersen, P., Houth, J. G., & Olsen, T. S. (2000). Functional and neurological outcome of stroke and the relation to stroke severity and type, stroke unit treatment, body temperature, age, and other risk factors: the Copenhagen Stroke Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 6(4), 1–19. <https://doi.org/10.1310/bt7j-2n6u-vd53-e1qu>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global burden of stroke. *Seminars in Neurology*, 38(02), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kauhanen, M., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, depression, and Non-Verbal Cognitive impairment in Ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455–461. <https://doi.org/10.1159/000016107>

- Knapp, P., & Hewison, J. (1998). The protective effects of social support against mood disorder after stroke. *Psychology Health & Medicine*, 3(3), 275–283.
<https://doi.org/10.1080/13548509808400602>
- Kogan, E., Twyman, K., Heap, J., Milentijevic, D., Lin, J. H., & Alberts, M. (2020). Assessing stroke severity using electronic health record data: a machine learning approach. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12911-019-1010-x>
- Kong, K. H., Loh, Y. J., Thia, E., Chai, A., & Ng, C. Y. (2017). The Relationship between Poststroke Depression and Upper Limb Recovery in Patients Admitted to a Rehabilitation Unit. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 1(1).
<https://doi.org/10.31532/physmedrehabil.1.1.001>
- Kontou, E., Thomas, S., & Lincoln, N. (2012). Psychometric properties of a revised version of the Visual Analog Mood Scales. *Clinical Rehabilitation*, 26(12), 1133–1140. <https://doi.org/10.1177/0269215512442670>
- Kotila, M., Waltimo, O., Niemi, M., Laaksonen, R., & Lempinen, M. (1984). The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. *Stroke*, 15(6), 1039–1044. <https://doi.org/10.1161/01.str.15.6.1039>
- Kristo, I., & Mowll, J. (2021). Voicing the perspectives of stroke survivors with aphasia: A rapid evidence review of post-stroke mental health, screening practices and lived experiences. *Health & Social Care in the Community*, 30(4).
<https://doi.org/10.1111/hsc.13694>
- Kruithof, W. J., Van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M. A., Van Heugten, C., & Post, M. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.003>

- Kruithof, W., Post, M., Leeuwen, C., Schepers, V., Bos, G., & Visser-Meily, J. (2015). Course of social support and relationships between social support and patients' depressive symptoms in the first 3 years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(7), 599–604. <https://doi.org/10.2340/16501977-1971>
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Dajpratham, P., & Piravej, K. (2009). Main outcomes of stroke rehabilitation: A multi-centre study in Thailand. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 54–58. <https://doi.org/10.2340/16501977-0288>
- Kutlubaev, M. A., & Hackett, M. L. (2014). Part II: Predictors of Depression after Stroke and Impact of Depression on Stroke Outcome: An Updated Systematic Review of Observational Studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1026–1036. <https://doi.org/10.1111/ijss.12356>
- Lancôt, K. L., Lindsay, M. P., Smith, E. E., Sahlas, D. J., Foley, N., Gubitz, G., Austin, M., Ball, K., Bhogal, S., Blake, T., Herrmann, N., Hogan, D., Khan, A., Longman, S., King, A., Leonard, C., Shoniker, T., Taylor, T., Teed, M., . . . Swartz, R. H. (2019). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(6), 668–688. <https://doi.org/10.1177/1747493019847334>
- Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J., Corr, S., Donkervoort, M., Edmans, J., Gilbertson, L., Jongbloed, L., Logan, P., Sackley, C., Walker, M. F., & Langhorne, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *The BMJ*, 335(7626), 922. <https://doi.org/10.1136/bmj.39343.466863.55>
- Lewin, A., Jöbges, M., & Werheid, K. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms

- during stroke rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(4), 546–562.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2013.794742>
- Lincoln, N. B., Sutcliffe, L. M., & Unsworth, G. (2000). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital. *Clinical Neuropsychological Assessment*, 1, 88-96
- Loong, C. K., Kenneth, N. K. C., & Paulin, S. T. (1995). Post-Stroke Depression: Outcome following Rehabilitation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(4), 609–614. <https://doi.org/10.3109/00048679509064975>
- Loureiro, M. G. (2009). *Validação da escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression -CES-D numa população clínica de idosos.*
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13518/1/Tese_mestrado_Marli%20Loureiro.pdf
- Lv, Y., Sun, Q., Li, J., Zhang, W., He, Y., & Zhou, Y. (2021). Disability status and its influencing factors among stroke patients in Northeast China: a 3-Year Follow-Up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 17, 2567–2573.
<https://doi.org/10.2147/ndt.s320785>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., & Costa, M. E. (2012). Measuring perceived social support in Portuguese adults trying to conceive: adaptation and psychometric evaluation of the multidimensional scale of perceived social support. *Peritia*, 13, 5-14.
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>
- Maynard, F. M., Bracken, M. B., Creasey, G., Ditunno, J. F., Jr, Donovan, W. H., Ducker, T. B., Garber, S. L., Marino, R. J., Stover, S. L., Tator, C. H., Waters, R.

- L., Wilberger, J. E., & Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal cord Injury. *Spinal Cord*, 35(5), 266–274. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100432>
- Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>
- Mercier, L., Audet, T., Hébert, R., Rochette, A., & Dubois, M. (2001). Impact of motor, cognitive, and perceptual disorders on ability to perform activities of daily living after stroke. *Stroke*, 32(11), 2602–2608. <https://doi.org/10.1161/hs1101.098154>
- Mutai, H., Furukawa, T., Araki, K., Misawa, K., & Hanihara, T. (2011). Factors associated with functional recovery and home discharge in stroke patients admitted to a convalescent rehabilitation ward. *Geriatrics and Gerontology International/Geriatrics & Gerontology International*, 12(2), 215–222. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00747.x>
- Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117–129. <https://doi.org/10.3109/11038120902814416>
- Niemi, T., & Johansson, U. (2013). The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1828–1834. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.759628>
- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2015). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and

patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811–831.

<https://doi.org/10.1177/0269215515602136>

Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N., & Hilari, K. (2016). How do speech-and-language therapists address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(3), 356–373. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12278>

Paolucci, S., Antonucci, G., Gialloreti, E., Traballese, M., Lubich, S., Pratesi, L., & Palombi, L. (1996). Predicting Stroke inpatient Rehabilitation Outcome: The prominent role of Neuropsychological Disorders. *European Neurology*, 36(6), 385–390. <https://doi.org/10.1159/000117298>

Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Traballese, M., Lubich, S., & Grasso, M. G. (1998). Functional outcome in stroke inpatient rehabilitation: predicting no, low and high response patients. *Cerebrovascular Diseases*, 8(4), 228–234. <https://doi.org/10.1159/000015856>

Paolucci, S., Matano, A., Bragoni, M., Coiro, P., De Angelis, D., Fusco, F. R., Morelli, D., Pratesi, L., Venturiero, V., & Bureca, I. (2005). Rehabilitation of Left Brain-Damaged Ischemic Stroke patients: The role of Comprehension Language Deficits. *Cerebrovascular Diseases (Basel)*, 20(5), 400–406. <https://doi.org/10.1159/000088671>

Patel, A. T., Duncan, P. W., Lai, S. M., & Studenski, S. (2000). The relation between impairments and functional outcomes poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(10), 1357–1363. <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.9397>

Pedersen, P. M., Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1996). The impact of aphasia on ADL and social activities after stroke: The

- Copenhagen Stroke Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 10(2), 91–96. <https://doi.org/10.1177/154596839601000202>
- Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38(4), 659–666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>
- Pohjasvaara, T., Leppävuori, A., Siira, I., Vataja, R., Kaste, M., & Erkinjuntti, T. (1998). Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke*, 29(11), 2311–2317. <https://doi.org/10.1161/01.str.29.11.2311>
- Pompon, R. H., Fassbinder, W., McNeil, M. R., Yoo, H. J., Kim, H., Zimmerman, R. M., Martin, N., Patterson, J. P., Pratt, S., & Dickey, M. W. (2022). Associations among depression, demographic variables, and language impairments in chronic post-stroke aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 100, 106266. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106266>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Robinson, R. G., & Benson, D. F. (1981). Depression in aphasic patients: Frequency, severity, and clinical-pathological correlations. *Brain and Language (Print)*, 14(2), 282–291. [https://doi.org/10.1016/0093-934x\(81\)90080-8](https://doi.org/10.1016/0093-934x(81)90080-8)
- Robinson, R. G., & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13(5), 635–641. <https://doi.org/10.1161/01.str.13.5.635>
- Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., Rao, K. C., & Price, T. R. (1983). Mood changes in stroke patients: Relationship to lesion location. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 555–566. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(83\)90024-x](https://doi.org/10.1016/0010-440x(83)90024-x)

- Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., Rao, K., & Price, T. R. (1984). MOOD DISORDERS IN STROKE PATIENTS: IMPORTANCE OF LOCATION OF LESION. *Brain*, *107*(1), 81–93. <https://doi.org/10.1093/brain/107.1.81>
- Rodrigues, I., Santos, M. E., & Leal, G. (2006). Validação de uma Escala de Depressão para Afásicos: “Stroke Aphasic Depression Questionnaire–SAD-Q”. *Sinapse*, *6*(2), 29-33
- Rose, T., Worrall, L., & McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, *17*(10), 947–963. <https://doi.org/10.1080/02687030344000319>
- Salter, K., Foley, N., & Teasell, R. (2010). Social support interventions and mood status post stroke: A review. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(5), 616–625. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.002>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381–406. <https://doi.org/10.1007/bf00846149>
- Schöttke, H., Gerke, L., Düsing, R., & Möllmann, A. (2020). Post-stroke depression and functional impairments – A 3-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, *99*, 152171. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152171>
- Schwartz, J. A., Speed, N., Brunberg, J. A., Brewer, T. L., Brown, M. B., & Greden, J. F. (1993). Depression in stroke rehabilitation. *Biological Psychiatry*, *33*(10), 694–699. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(93\)90118-w](https://doi.org/10.1016/0006-3223(93)90118-w)
- Sharma, G. S., Gupta, A., Khanna, M., & Prakash, N. B. (2021). Post-Stroke Depression and Its Effect on Functional Outcomes during Inpatient Rehabilitation. *Journal*

of Neurosciences in Rural Practice, 12, 543–549. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731958>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)

Singh, A., Herrmann, N., & Black, S. E. (1998). The Importance of lesion location in Poststroke Depression: A Critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(9), 921–927. <https://doi.org/10.1177/070674379804300907>

Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek, D. G., Becker, R., Goldenberg, M. M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, 17(6), 1102–1107. <https://doi.org/10.1161/01.str.17.6.1102>

Spencer, K. A., Tompkins, C. A., & Schulz, R. (1997). Assessment of depression in patients with brain pathology: The case of stroke. *Psychological Bulletin*, 122(2), 132–152. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.2.132>

Starkstein, S. E., Robinson, R. G., & Price, T. R. (1987). COMPARISON OF CORTICAL AND SUBCORTICAL LESIONS IN THE PRODUCTION OF POSTSTROKE MOOD DISORDERS. *Brain*, 110(4), 1045–1059. <https://doi.org/10.1093/brain/110.4.1045>

Stolwyk, R. J., Low, T., Gooden, J. R., Lawson, D. W., O’Connell, E. L., Thrift, A. G., & New, P. W. (2020). A longitudinal examination of the frequency and correlates of self-reported neurobehavioural disability following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 44(12), 2823–2831. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1840637>

- Sutcliffe, L. M., & Lincoln, N. B. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 12(6), 506–513.
<https://doi.org/10.1191/026921598672167702>
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123–129.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.123>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thomas, S. A., & Lincoln, N. B. (2006). Factors relating to depression after stroke. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 49–61.
<https://doi.org/10.1348/014466505x34183>
- Townend, E., Brady, M., & McLaughlan, K. (2007a). A systematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. *Stroke*, 38(11), 3076–3083.
<https://doi.org/10.1161/strokeaha.107.484238>
- Townend, E., Brady, M., & McLaughlan, K. (2007b). Exclusion and Inclusion Criteria for People with Aphasia in Studies of Depression after Stroke: A Systematic Review and Future Recommendations. *Neuroepidemiology*, 29(1–2), 1–17.
<https://doi.org/10.1159/000108913>
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmos, K. N., Zakopoulos, N., & Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: The role of family social support. *Archives of*

Physical Medicine and Rehabilitation, 81(7), 881–887.

<https://doi.org/10.1053/apmr.2000.4435>

Vahabi, M., & Ferris, L. (1995). Improving written patient education materials: a review of the evidence. *Health Education Journal*, 54(1), 99–106.

<https://doi.org/10.1177/001789699505400110>

Van Der Stelt, C. M., Fama, M. E., Mccall, J. D., Snider, S. F., & Turkeltaub, P. E.

(2021). Intellectual awareness of naming abilities in people with chronic post-stroke aphasia. *Neuropsychologia*, 160, 107961.

<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107961>

Van Der Weg, F., Kuik, D. J., & Lankhorst, G. J. (1999). Post-stroke depression and functional outcome: a cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13(3), 268–272.

<https://doi.org/10.1191/026921599672495022>

Veerbeek, J. M., Kwakkel, G., Van Wegen, E. E., Ket, J. C., & Heymans, M. W. (2011).

Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke. *Stroke*, 42(5), 1482–1488. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.110.604090>

Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24(6–8), 902–913.

<https://doi.org/10.1080/02687030903438532>

Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of Affective Disorders*, 206, 252–255.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.041>

- Wade, D. T., Hewer, R. L., David, R., & Enderby, P. (1986). Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *49*(1), 11–16. <https://doi.org/10.1136/jnnp.49.1.11>
- Wallace, S. E., Dietz, A., Hux, K., & Weissling, K. (2011). Augmented input: The effect of visuographic supports on the auditory comprehension of people with chronic aphasia. *Aphasiology*, *26*(2), 162–176. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.628004>
- Wang, S., Wang, C., Zhang, N., Xiang, Y., Yang, Y., Shi, Y., Deng, Y., Zhu, M., Liu, F., Yu, P., Ungvari, G. S., & Ng, C. H. (2018). The association between post-stroke depression, aphasia, and physical independence in stroke patients at 3-Month Follow-Up. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00374>
- Yang, X., Liu, Q., Zhang, H., Lu, Y., & Yao, L. (2024). A Predictive Model for Functionality Improvement after Stroke Rehabilitation. *Journal of Neurorestoratology*, 100157. <https://doi.org/10.1016/j.jnrt.2024.100157>
- Zanella, C., Laures-Gore, J., Dotson, V. M., & Belagaje, S. R. (2022). Incidence of post-stroke depression symptoms and potential risk factors in adults with aphasia in a comprehensive stroke center. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *30*(5), 448–458. <https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2070363>
- Zeng, Y., Wu, M., Zhou, S., Geng, D., Cheng, L., Fan, K., Yu, X., Tang, W., & He, J. (2021). Early-Onset Depression in Stroke patients: Effects on unfavorable outcome 5 years post-stroke. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.556981>
- Žikić, T. R., Divjak, I., Jovićević, M., Semnic, M., Slankamenac, P., Žarkov, M., & Žikić, M. (2014). The effect of post stroke depression on functional outcome and

quality of life. *PubMed*, 53(3), 294–301.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25509239>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexos

Anexo 1
Folha de Apresentação

Folha de apresentação:

O meu **nome** é:

André.

Estou a **estudar**:

Psicologia.



Estou a **realizar** a minha **tese** de **mestrado**.

Objetivos da tese:

O **tema** da minha **tese** é:

A **recuperação funcional** em contexto de **AVC**



Objetivos da tese:

Vou estudar alguns **fatores** que poderão **influenciar** a **recuperação**

Tanto de forma **positiva...**



Como de forma **negativa...**



Como vou recolher a informação:

Para conseguir **informação** sobre o seu **apoio social**:

Vou **pedir** que me ajude a **responder** a um **questionário**



A informação obtida vai ser privada:

Os dados recolhidos não são partilhados

Toda a **informação recolhida** será **confidencial**



Anexo 2.

Termo de Consentimento Livre e Informado

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Termo de Consentimento Livre e Informado

No âmbito do Curso de Mestrado Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia da Universidade do Algarve, estou a realizar um estudo com o tema “Análise da sintomatologia depressiva, suporte social percebido, fatores clínicos e sociodemográficos como preditores de funcionalidade em vítimas de AVC com e sem afasia”.

A presente investigação tem como principal objetivo verificar como alguns preditores de funcionalidade (sintomatologia depressiva, fatores sociodemográficos e clínicos) e o suporte social percebido contribuem para o resultado funcional dos doentes vítimas de AVC, com e sem a presença de afasia, no decorrer de 2 meses de internamento.

Será pedida a sua colaboração, enquanto utente em reabilitação no C.M.R.R.C-R.P. devido a AVC. A sua participação será totalmente voluntária e, caso aceite participar, terá dois momentos distintos, com respostas a algumas perguntas e tarefas simples. Pode desistir desta investigação a qualquer momento, sem qualquer justificação, e a sua participação não irá afetar as suas atividades diárias e de reabilitação.

Toda a informação fornecida será tratada de forma rigorosamente sigilosa, sendo que apenas o investigador terá acesso aos dados recolhidos. Em caso algum a sua identificação será revelada. Após o término do estudo, todos os dados recolhidos com elementos de identificação serão eliminados.

Após a conclusão desta investigação, caso seja do seu interesse, poderá ter acesso aos resultados do estudo.

Contacto:

Para obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar o investigador:

André Rosário – Mestrando da Universidade do Algarve.

andrefrosario93@gmail.com

Formulário de Consentimento Informado:

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para atestar que os participantes na investigação conducente à Dissertação de Mestrado de André Rosário, com o título, “Análise da sintomatologia depressiva, suporte social percebido, fatores clínicos e sociodemográficos como preditores de funcionalidade em vítimas de AVC com e sem afasia” conhecem os objetivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

_____,
declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos diretos com o investigador, mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e que pode desistir a qualquer momento sem que para tal necessite de justificar o que quer que seja. Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante:

Data:

____/____/____

Assinatura do Investigador:

Data:

____/____/____

Anexo 3.
Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	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

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	
DATA						
AUTO-CUIDADOS						
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES						
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE						
TRANSFERÊNCIAS						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO						
L. Marcha, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO						
N. Compreensão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR						
P. Interação social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Anexo 4.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(Radlof, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003)

Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Faça uma cruz no quadrado que se identifica com os seus sentimentos tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente – 1 ou 2 dias da semana passada;

Com muita frequência – 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre – 5 ou 7 dias da semana passada.

Durante a semana passada	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				

10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

Anexo 5

Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version (SADQ-H21)

Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital Version (SADQ-H)

Por favor indique em quantos dias dos últimos sete, o utente apresentou os seguintes comportamentos:

Comportamento	Frequência (dias por semana)			
	Todos os dias	4 a 6 dias	1 a 4 dias	Nenhum dia
1- Perturbações no padrão de sono?	3	2	1	0
2- Episódios de choro? *	3	2	1	0
3- Agitação no período nocturno? *	3	2	1	0
4- Iniciativa para as actividades?	0	1	2	3
5- Evitou o contacto visual quando abordado? *	3	2	1	0
6- Começou a chorar subitamente? *	3	2	1	0
7- Sorriu quando abordado?	0	1	2	3
8- Sofrimento causado por dor? *	3	2	1	0
9- Recusou as refeições?	3	2	1	0
10- Zangou-se? *	3	2	1	0
11- Recusou participar em actividades sociais? *	3	2	1	0
12- Riu-se com uma piada?	0	1	2	3
13- Mostrou-se impaciente e inquieto? *	3	2	1	0
14- Sentou-se sem fazer nada? *	3	2	1	0
15- Concentrou-se nas actividades?	0	1	2	3
16- Cuidou da sua aparência de acordo com a sua capacidade física?	0	1	2	3
17- Pareceu gostar das actividades sociais ou passeios?	0	1	2	3
18- Manteve-se ocupado/a durante o dia? *	0	1	2	3
19- Tomou comprimidos para dormir?	3	2	1	0
20- Interessou-se com os acontecimentos à sua volta?	0	1	2	3
21- Olhou para o profissional quando abordado?	0	1	2	3

*Itens da versão SADQ-H 10 Tradução portuguesa de Alves, S.; Rodrigues, R.; Fernandes, S.; Vieira, H. & Fragoiro, I. (2012)

© Universidade de Nottingham 2007

Anexo 6

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)



ESTAMOS INTERESSADOS EM SABER COMO SE SENTE FACE A ESTAS AFIRMAÇÕES.

POR FAVOR INDIQUE O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA COM CADA UMA. **(assinale uma cruz em cada linha)**

① Discordo fortemente	② Discordo moderadamente	③ Discordo levemente	④ Concordo levemente	⑤ Concordo moderadamente	⑥ Concordo fortemente		
1	Há uma pessoa especial que está presente quando eu preciso.	①	②	③	④	⑤	⑥
2	Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	①	②	③	④	⑤	⑥
3	A minha família tenta verdadeiramente ajudar-me.	①	②	③	④	⑤	⑥
4	A minha família dá-me a ajuda e o apoio emocional de que preciso.	①	②	③	④	⑤	⑥
5	Tenho alguém especial que é uma autêntica fonte de consolo para mim.	①	②	③	④	⑤	⑥
6	Os meus amigos tentam verdadeiramente ajudar-me.	①	②	③	④	⑤	⑥
7	Posso contar com os meus amigos quando as coisas dão para o torto.	①	②	③	④	⑤	⑥
8	Posso falar sobre os meus problemas com a minha família.	①	②	③	④	⑤	⑥
9	Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.	①	②	③	④	⑤	⑥
10	Há uma pessoa especial que se preocupa com os meus sentimentos.	①	②	③	④	⑤	⑥
11	A minha família está disposta a ajudar-me a tomar decisões.	①	②	③	④	⑤	⑥
12	Posso falar acerca dos meus problemas com os meus amigos.	①	②	③	④	⑤	⑥



Anexo 7

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – Adaptada

Objetivos do questionário:

Saber qual é a sua **opinião** sobre:

O **apoio** que **recebe** da **família**:

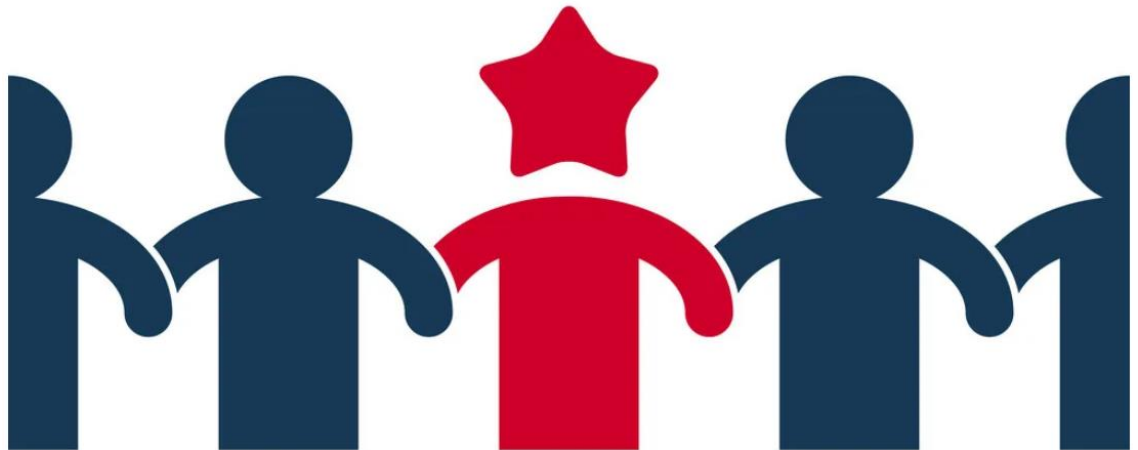


Saber qual é a sua **opinião** sobre:

O **apoio** que **recebe** dos **amigos**:

Saber qual é a sua **opinião** sobre:

O **apoio** que **recebe** de uma **pessoa especial** para si:



Essa **pessoa especial** é uma pessoa **importante** para si.

Pode ser:

Um(a) **amigo(a)**.

Um **familiar**.

Um(a) **namorado(a)**.

Um **profissional**.

Outra **pessoa** com **significado** para si.

Como responder às afirmações:

Vão ser **apresentadas** um conjunto de **frases**.

As **frases** são sobre:

Família






Amigos

Pessoa especial

Objetivo:

Saber **como se sente**.

Para **responder utilize** a seguinte **escala**:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
				

Para cada **frase**:

Aponte para dar a sua **resposta**.



Apoio da família:

A minha **família** tenta verdadeiramente **ajudar-me**.



Apoio da família:

A minha **família** dá-me a **ajuda** e o **apoio emocional** de que preciso.



Apoio da família:

Posso **falar** sobre os meus **problemas** com a minha **família**.



Apoio da família:

A minha **família** está disposta a **ajudar-me** a tomar **decisões**.



Apoio dos amigos:

Os meus **amigos** tentam verdadeiramente **ajudar-me**.



Apoio dos amigos:

Posso contar com os meus **amigos** quando as **coisas** dão para o **torto**.



Apoio dos amigos:

Tenho **amigos** com quem posso **partilhar** as minhas **alegrias** e **tristezas**.



Apoio dos amigos:

Posso **falar** acerca dos meus **problemas** com os meus **amigos**.



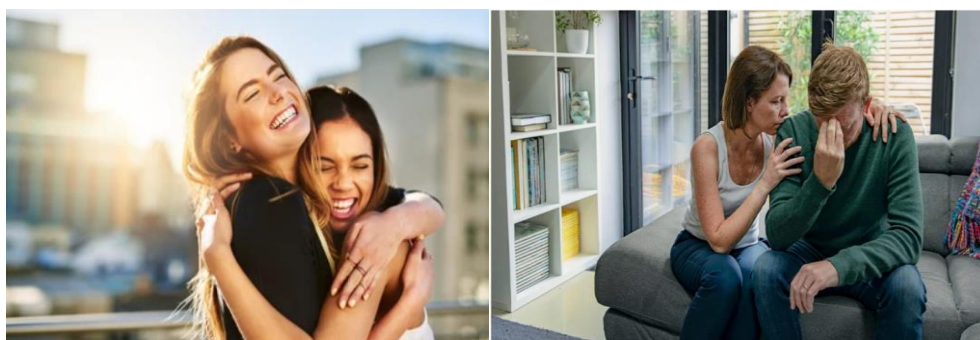
Apoio de uma pessoa especial:

Há uma **pessoa especial** que está **presente** quando eu preciso.



Apoio de uma pessoa especial:

Há uma **pessoa especial** com quem posso **partilhar** as minhas **alegrias** e **tristezas**.



Apoio de uma pessoa especial:

Tenho **alguém especial** que é uma autêntica fonte de **consolo** para mim.



Apoio de uma pessoa especial:

Há uma **pessoa especial** que se **preocupa** com os meus **sentimentos**.

