Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Calçado, Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha, 1971-

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

http://hdl.handle.net/11067/6358

Metadados

Data de Publicação 2021

Resumo Embora a alteração dos fatores de risco seja fundamental, ou seja, existem muitos riscos modificáveis que podem ser responsáveis pela maioria dos riscos atribuíveis à população de AVC em todas as faixas etárias, sexos e etnias. Esses fatores de risco são hipertensão, tabagismo, dislipidemia, dieta não saudável, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, doenças cardíacas, consumo excessivo de álcool e fatores psicossociais. Para os sobreviventes de AVC, as consequências incluem ter de depender ...

Although the change in risk factors is fundamental, that is, there are many modifiable risks that can be responsible for most of the risks attributable to the stroke population in all age groups, genders and ethnicities. These risk factors are hypertension, smoking, dyslipidemia, unhealthy diet, sedentary lifestyle, obesity, diabetes mellitus, heart disease, excessive alcohol consumption and psychosocial factors. For stroke survivors, the consequences include having to rely on others to carry ou...

Palavras Chave Acidente vascular cerebral - Pacientes, Acidente vascular cerebral - Pacientes - Reabilitação, Distúrbios da cognição, Qualidade de vida

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-03T22:18:37Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

Realizado por:
Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado

Orientado por:
Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientador:	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Arguente:	Prof.ª Doutora Elisa Kern de Castro

Dissertação aprovada em: 3 de junho de 2022

Lisboa

2021

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado

Versão corrigida da dissertação

Lisboa

Novembro 2022

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado

Versão corrigida da dissertação

Lisboa

Novembro 2022

Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Versão corrigida da dissertação

Lisboa

Novembro 2022

Ficha Técnica

Autora Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado

Orientador Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Título Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC

Local Lisboa

Ano 2021

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

CALÇADO, Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha, 1971-

Qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC / Cláudia Sofia Coelho da Silva Fernandes da Cunha Calçado ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário, 1953-

LCSH

Acidente vascular cerebral - Pacientes
Acidente vascular cerebral - Pacientes - Reabilitação
Distúrbios da cognição
Qualidade de vida
Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
Teses - Portugal - Lisboa

Cerebrovascular disease - Patients
Cerebrovascular disease - Patients - Rehabilitation
Cognition disorders
Quality of life
Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

RC388.5.C35 2021

"Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito curta, para ser insignificante"

Charlie Chaplin

Agradecimentos

Quero dedicar esta etapa em especial à minha querida mãe que já não se encontra entre nós, mas que sempre me incentivou a lutar e a conquistar todos os desafios que a vida me vai proporcionando, sempre com o mesmo entusiamo e alegria que me é característica.

Esta foi uma caminhada feita com muito carinho, esforço e dedicação, pois só assim acreditei poder traça-la. Um esforço que valeu apena, para poder conseguir alcançar esta meta, a que me propus de alma e coração desde o início.

Agradeço também aos docentes que me acompanharam neste percurso e que para mim foram tão importantes, partilhando experiências e conhecimentos. Incentivando-me sempre a ir mais além nesta jornada, que sem eles, a mesma não seria completa.

Em especial quero agradecer ao meu orientador da dissertação, o Professor Doutor Manuel Domingos do Rosário, pela sua dedicação, paciência e visão crítica necessária, fazendo com que eu pudesse alcançar os meus objetivos.

Quero agradecer também à Universidade Lusíada de Lisboa e à sua equipa de profissionais fantásticos, que sempre que necessário me deram o seu apoio.

Não posso deixar de mencionar também o carinho com que fui recebida e apoiada, pela Doutora Ana Garrett e a Dra. Cândida Barroso no Hospital de Vila Franca de Xira, fazendo-me sentir, como mais um membro da casa.

Agradeço também a todos os participantes do meu estudo, pela colaboração.

Quero agradecer à minha família, o carinho com que me apoiou de forma incondicional e que acreditou em mim desde o início. Sem eles teria sido mais difícil esta etapa, e por isso estou grata.

Também aos meus amigos quero agradecer, por terem sabido esperar que este dia chegasse finalmente, para em conjunto podermos festejar.

Muito obrigado a todos do fundo do meu coração!

Resumo

Embora a alteração dos fatores de risco seja fundamental, ou seja, existem muitos riscos modificáveis que podem ser responsáveis pela maioria dos riscos atribuíveis à população de AVC em todas as faixas etárias, sexos e etnias. Esses fatores de risco são hipertensão, tabagismo, dislipidemia, dieta não saudável, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, doenças cardíacas, consumo excessivo de álcool e fatores psicossociais.

Para os sobreviventes de AVC, as consequências incluem ter de depender de terceiros para realizar as suas atividades da vida diária e a perturbação da sua vida social. Esta realidade tem um impacto negativo sobre a QV sobre os pacientes e os seus familiares, que geralmente tornam-se os seus cuidadores principais.

O objetivo geral do presente trabalho é determinar quais as variáveis sociodemográficas e como estas podem influenciar a forma como é verificada a Qualidade de vida cognitiva em Pessoas pós AVC. E como objetivos específicos: caracterizar as pessoas sob o ponto de vista sociodemográfico; analisar as repercussões da reabilitação cognitivas pós AVC.

No estudo, optou-se pela metodologia quantitativa que, "considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Os resultados do estudo determinaram que na Qualidade de vida e género, os homens obtêm valores de qualidade de vida mais elevados, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. O que significa que não havendo uma diferença significativa entre géneros na qualidade de vida após-AVC os homens ainda mantêm valores superiores em comparação com as mulheres.

Palavras-chave: AVC; qualidade de vida cognitiva; variáveis sociodemográficas; género; idade

Abstract

Although the change in risk factors is fundamental, that is, there are many modifiable risks that can be responsible for most of the risks attributable to the stroke population in all age groups, genders and ethnicities. These risk factors are hypertension, smoking, dyslipidemia, unhealthy diet, sedentary lifestyle, obesity, diabetes mellitus, heart disease, excessive alcohol consumption and psychosocial factors.

For stroke survivors, the consequences include having to rely on others to carry out their daily activities and the disruption of their social life. This reality has a negative impact on the QoL on patients and their families, who generally become their main caregivers.

The general objective of this study is to determine which sociodemographic variables and how they can influence the way in which the cognitive quality of life in post-stroke people is verified. And as specific objectives: characterize people from a sociodemographic point of view; analyze the repercussions of post-stroke cognitive rehabilitation.

In the study, the quantitative methodology was chosen, which "considers that there is a dynamic relationship between the real world and the subject, that is, an inseparable link between the objective world and the subjectivity of the subject.

The results of the study determined that in Quality of life and gender, men obtain higher quality of life values, although the difference is not statistically significant. This means that there is no significant difference between genders in quality of life after stroke, men still maintain higher values compared to women.

Keywords: stroke; cognitive quality of life; sociodemographic variables; genre; age

Índice

Agradecimentos…….……8
Resumo…….…….……..…..9
Abstract…….....…..……..……...10
Índice……..…….……..…..11
Índice de Figuras…….……12
Índice de Tabelas…….…13
Lista Abreviaturas e Siglas……..14
Introdução…….……..…..…16
1 – Enquadramento teórico……..…18
1.1 O diagnóstico de AVC……...……..……..18
1.2 Epidemiologia……21
1.3 A qualidade de vida e as doenças crónicas……25
1.4 A qualidade de vida dos pacientes pós-AVC……...……..…….…...27
1.5 Os deficits cognitivos em doentes pós-AVC…….…29
1.5.1 Alterações neuropsicológicas associadas às lesões dos hemisférios, direito e esquerdo..……..……....32
1.6 Principais sinais e sintomas neurológicos da pessoa com AVC……34
2 – Estudo metodológico……..……..….36
2.1 Pergunta de Partida……36
2.2 Objetivo geral……36
2.3 Objetivos específicos…….……37
2.4 Metodologia……..…….37
Instrumentos.....38
3 - Apresentação de resultados…….…….…….…39
Discussão de resultados……..….……50
Conclusão…….…….…….…55
Referências…….……57
Anexos…….……62
Anexo A - Questionário Sóciodemográfico……..…….……63
Anexo B - Folha de Informação ao Participante.....…….....……67
Anexo C - Consentimento Informado…….…….…...69

Índice de figuras

Figura 1 - Classificação do AVC…… 18
Figura 2 - Uma seção transversal do cérebro e do crânio mostrando as diferentes camadas anatómicas…… 19
Figura 3 – Mortes causadas por doenças cardiovasculares…… 20
Figura 4 – Domínios das deficiências cognitivas……... 29
Figura 5 - Representação Visual / Processamento de Negligência Espacial Unilateral..33

Índice de tabelas

Tabela 1 - Representatividade dos Dados no GBD 2015 Modelagem Fatal e Não-fatal por Causa CVD …….. 22
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica (N = 19) 39
Tabela 3 – Tipo AVC …… 40
Tabela 4 Teste de Anillas ……... 40
Tabela 5 - Ponte de corte 78 (Exame de Addenbrooke) …… 41
Tabela 6 - Ponte de corte 78 (Exame de Addenbrooke) …… 41
Tabela 7 - Qualidade de Vida 42
Tabela 8 – Consistência interna ……. 42
Tabela 9 - Teste binomial ……... 43
Tabela 10 – Qualidade de vida e género …… 43
Tabela 11 – Qualidade de vida e idade …….. 43
Tabela 12 – Teste Anillas e género ……... 44
Tabela 13 – Teste Anillas e idade …….. 45
Tabela 14 – Exame de Addenbrooke género ……. 46
Tabela 15 – Exame de Addenbrooke e idade ……. 47

Abreviaturas e siglas

AVC	Acidente vascular Cerebral
AIT	Ataque isquémico transitório
GBD	Carga Global de Doenças
HSA	Hemorragia subaracnoide
HR-QoL	Qualidade de vida relacionada com a saúde
ICH	Hemorragia intracerebral
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
NCCDPHP	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
RTW	Retorno ao trabalho
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VaMCI	Comprometimento cognitivo relativamente moderado da Origem Vascular
VaD	Demência Vascular
ACE-R	Addenbrooke´s Cognitive Examination - Revised
ACE	Addenbrooke´s Cognitive Examination
TA	Teste das Anillas ou Teste das Argolas para a Avaliação das Funções Executivas
TOAST	Trial of org in acute treatment
EHJ	European Heart Journal
VCI	Comprometimento cognitivo vascular
QVRS	Qualidade de vida relacionada com a saúde

CV Coeficiente de Variação

QI Quociente de Inteligência

AIVD Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária - Lawton

MRS Modified Rankin Scale – Escala Modificada de Rankin

TMT Trail Making Test - Teste de avaliação das funções cognitivas, da atenção e memória do trabalho.

FEs Funções executivas

Introdução

O AVC é a “segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de deficiência em adultos em todo o mundo” (Organização Mundial da Saúde, 2016). A recente introdução de novas medidas para o diagnóstico e tratamento precoces de doenças cardiovasculares permitiu um tratamento especializado mais rápido desses pacientes (Daniere et al., 2014).

Apesar dos grandes esforços, uma grande Percentagem de pessoas é inicialmente diagnosticada com AVC, com consequências muito graves que influenciam a sua QVC. A fisiopatologia do AVC é complexa e envolve mecanismos de excito toxicidade, vias inflamatórias, dano oxidativo, desequilíbrios iónicos, apoptose, angiogénese e neuroprotecção. O resultado da cascata isquémica aguda é a morte neuronal, associada à perda irreversível da sua função neuronal (Saver et al., 2015). As recentes melhorias na monitorização do AVC conduzem a estimativas mais confiáveis de mortalidade e despesas gerais em todo o mundo.

Em Portugal, em 2018, o INEM registou “2.761 casos de AVC remetidos ao STROKE Greenway, uma média de nove casos por dia. Os distritos do Porto e Lisboa registaram o maior número desses encaminhamentos, com 585 e 548 casos, respetivamente” (INEM, 2018).

O início abrupto e dramático dos sintomas neurológicos focais é típico no AVC. As pessoas raramente procuram o autocuidado devido à desorientação e incapacidade de tomada de decisão (INEM, 2018).

A maioria das pessoas terá uma situação isquémica favorável a trombólise por cerca de 3 horas após o início do evento, esse fato é conhecido como "janela terapêutica" a identificação adequada de pessoas tratáveis é crucial para a eficácia das intervenções (Saver et al., 2015; Campbel et al., 2015)

Os resultados de várias técnicas de neuroimagem podem ajudar a criar expetativas realistas para resultados de reabilitação cognitiva para alguns doentes, e estas ferramentas não são apenas úteis para diagnóstico e prognóstico, mas também

podem ser usadas para testar a eficácia das intervenções. Por exemplo, nos estudos com FMRI demonstrou-se que ajuda a identificar o mecanismo neuronal associado com treino atencional (Kim et al., 2011).

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral determinar quais as variáveis sociodemográficas e como estas podem influenciar a forma como é verificada a Qualidade de vida cognitiva em Pessoas pós AVC.

E como objetivos específicos: caracterizar as pessoas sob o ponto de vista sociodemográfico e analisar as repercussões da reabilitação cognitivas pós AVC.

1 – Enquadramento teórico

1.1 O diagnóstico de AVC

A última estimativa da Carga Global de Doenças, Lesões e o Estudo de Fatores de Risco (GBD, 2015) revelou a existência de uma mudança adicional para as doenças não transmissíveis de outras pessoas. As causas mais importantes de morte são de natureza vascular e o AVC é atualmente a segunda causa de morte em todo o mundo (Wang et al., 2015).

A doença isquémica do coração e o AVC juntos foi responsável por 15.2 milhões de mortes em 2015 (Feigin et al., 2015), enquanto os Acidentes Vasculares Isquémicos incluem o maior número de incidências. Os países de baixo e médio rendimento enfrentam 80% da taxa de mortalidade com o acidente vascular cerebral hemorrágico (Feigin et al., 2017). Neste sentido, quase 80% de mortes devido a doenças não transmissíveis ocorrem em países de baixo e médio rendimento.

O AVC ou é clinicamente definido como os "sinais de rápido desenvolvimento de perturbação focal ou global da função cerebral, levando à morte ou durando mais de 24 horas sem nenhuma causa aparente além da vascular". E, tem alta prevalência e um impacto severo nos indivíduos afetados, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Mozaffarian et al., 2015).

Os AVC podem ser classificados em dois tipos principais, os isquémicos, ou seja, causados por um coagulo num vaso sanguíneo no cérebro ou hemorrágico, causado por sangramento no cérebro. Estas duas principais classificações permitem uma classificação posterior em subtipos (Mozaffarian et al., 2015). (figura 1)

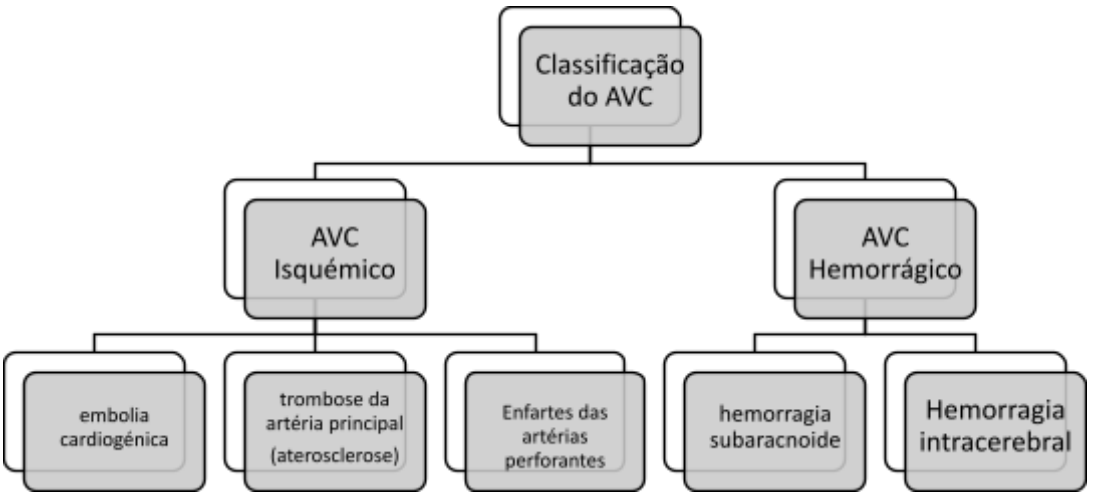
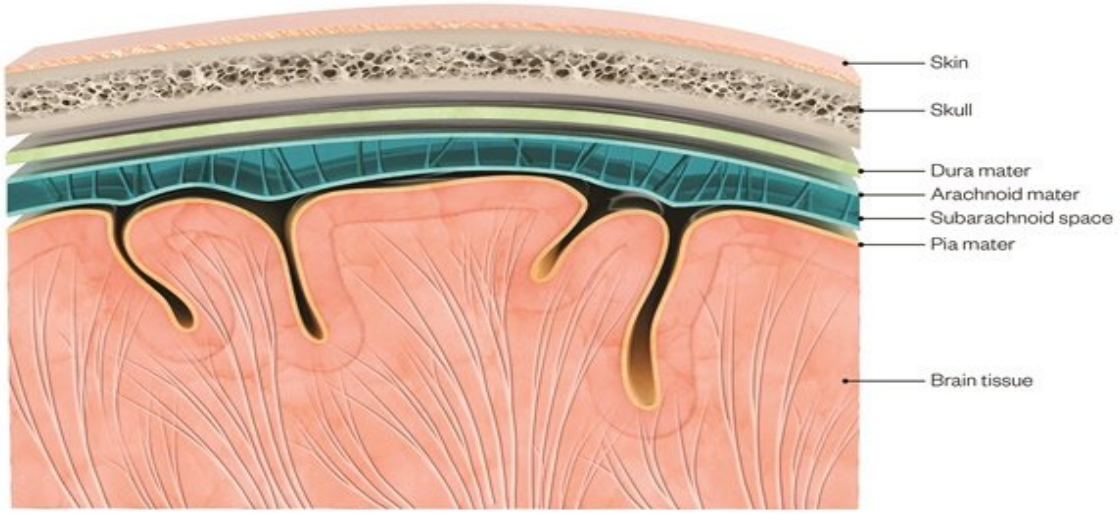


Figura 1 - Classificação do AVC

O AVC isquémico define-se como um episodio de disfunção neurológica causada por enfarte cerebral, espinhal ou retinal com sintomas que persistem por mais de 24 horas, e o ataque isquémico transitório (AIT) é definido como um episódio momentâneo de disfunção neurologia causada pelo cérebro focal, medula espinhal e isquemia retinal sem enfarte. O AIT é normalmente referido como mini AVCs com sintomas transiente, ou seja, com uma duração de minutos a horas, menos de 24 horas (Stroke Association, 2017).

Existem dois tipos distintos de AVC hemorrágico, o AVC causado por hemorragia subaracnoide (HSA) que inclui cerca de 5% de todos os acidentes vasculares cerebrais e hemorragia intracerebral (ICH) que é responsável por cerca de 10% de todos os AVCs. O HSA é resultado de uma hemorragia de um vaso sanguíneo no cérebro, aneurisma ou malformação vascular subaracnoide, o espaço ao redor do cérebro onde os vasos sanguíneos estão situados entre a aracnoide e a pia-máter (Elliott & Smith, 2010).

Figura 2 - Uma seção transversal do cérebro e do crânio mostrando as diferentes camadas anatómicas



Fonte: Claus Lunau / Science Photo Library

O Sistema para a categorização de subtipos de AVC isquémico principalmente com base na etiologia e no mecanismo, que conduz à oclusão do vaso, foi desenvolvido por Trial of Org 10172 in Acute Treatment (TOAST). Estas informações são fundamentais para a gestão do dia-a-dia, pois influência as estratégias de prevenção aguda e secundária. Assim, a classificação TOAST inclui a Aterotrombose de grandes vasos; Cardioembolismo; Doença de pequenos vasos; Outras causas determinadas; Causas indeterminadas (Adams et al., 1993; Elliott & Smith, 2010).

A Aterotrombose de grandes vasos refere-se à formação de placas ateroscleróticas repletas de lípidos na parede interna de um grande vaso e pode afetar as artérias extracranianas e intracranianas. Assim, os locais comuns para a formação de placas ateroscleróticas incluem onde as artérias carótidas se dividem, o início das artérias vertebrais e na artéria do curso do cérebro médio. No ateroembolismo, forma-se um trombo na parede de um vaso sanguíneo, separa-se e desprende pedaços de coágulo, que são transportados a jusante e alojam-se em ramos arteriais menores, resultando em vários cursos menores dentro do território esperado (Stroke Association, 2017).

1.2 Epidemiologia

As diversas alterações sociodemográficas nos últimos 25 anos têm sido associadas a declínios dramáticos derivados a doenças cardiovasculares como o EF. Em 2011, as "Nações Unidas reconheceram formalmente as doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, como uma grande preocupação para a saúde global" e estabeleceram um plano ambicioso para reduzir drasticamente o efeito dessas doenças em todas as regiões (Sacco et al., 2016). Uma maior conscientização sobre essas metas globais de doenças não transmissíveis expandiu as tentativas de acompanhar e avaliar os esforços nacionais para reduzir as DCV e outras doenças não transmissíveis (Bonita et al., 2013; Sacco et al., 2016).

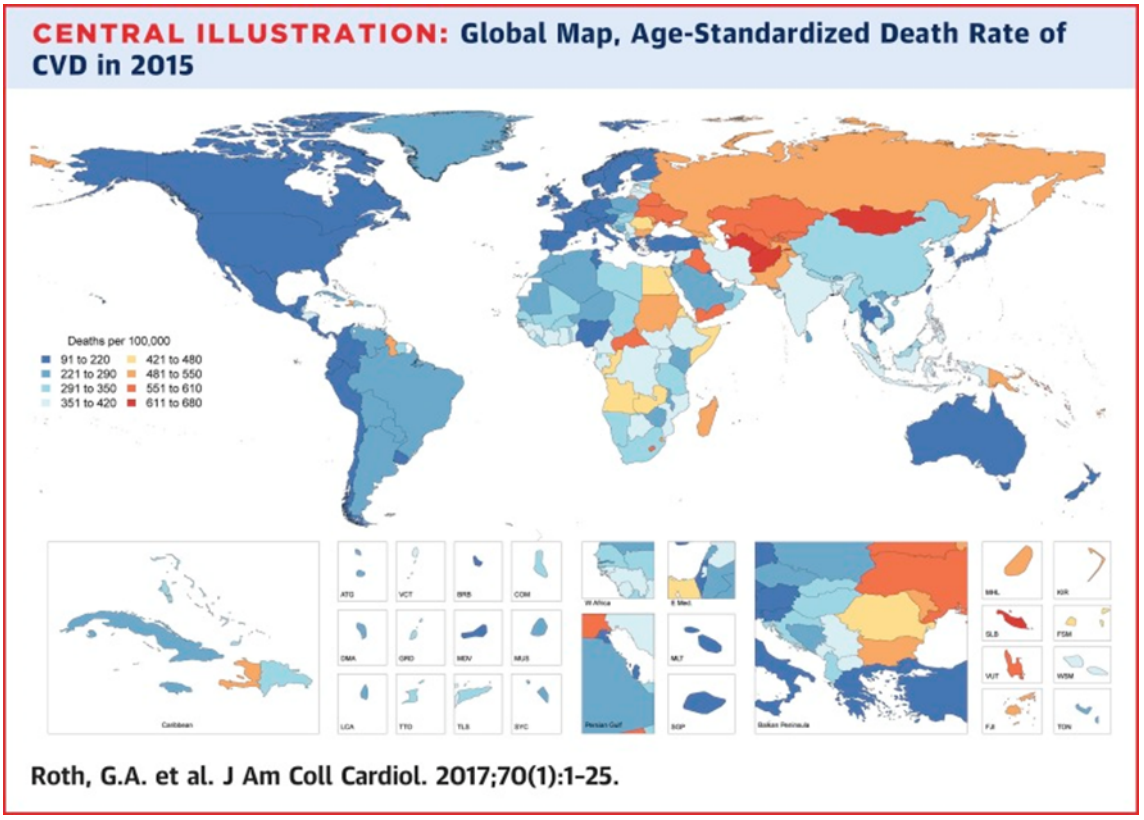


Figura 3 – ***mortes causadas por doenças cardiovasculares***

A prevalência de DIC aumentou de uma estimativa de 290 casos por 100.000 (95% UI: 255 a 328 casos por 100.000) para aqueles com 40 a 44 anos de idade para 11.203 casos por 100.000 (95% UI: 9.610 a 13.178 casos por 100.000) para aqueles 75 a 79 anos de idade, diminuindo ligeiramente para os 80 anos de idade e mais para uma taxa de 9.700 casos por 100.000 (95% UI: 8.773 a 10.738 casos por 100.000)[1].

O estudo *Global Burden de Doenças, Lesões e Fatores de Risco 2015* é um projeto de pesquisa colaborativa multinacional com o objetivo de produzir estimativas consistentes de perda de saúde devido a mais de 310 doenças e lesões. Uma ampla variedade de fontes e métodos de dados foi utilizada para produzir resultados específicos tendo em conta fatores como a idade, sexo e país para os anos 1990 a 2015.

Os resultados são atualizados anualmente no conjunto do tempo e esses resultados substituem as versões anteriores do estudo do GBD.

1

Tabela 1 - Representatividade dos Dados no GBD 2015 Modelagem Fatal e Não-fatal por Causa CVD

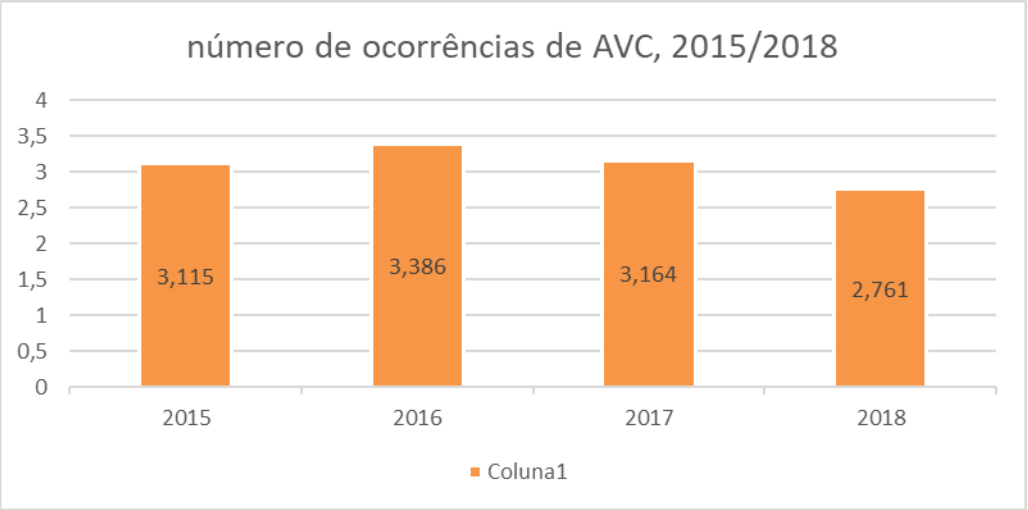
Causa	Número de anos de dados de mortalidade		Percentagem dados para modelagem não fatal		
	Registo vital	Autópsia Verbal	Antes de 2005	2005–2015	Total
Doenças cardiovasculares	10.446	964	81	74	85
Doença cardíaca reumática	10,417	0	29	27	37
Doença cardíaca isquémica	10.652	734	47	30	51
Doença cerebrovascular	10,660	692	64	67	74
Acidente vascular cerebral isquémico	9,207	0	63	61	68
Derrame cerebral	9,211	0	63	61	68
Doença cardíaca hipertensiva	10,039	0	13	6	16
Miocardiopatia e miocardite	10,020	0	25	22	31
Fibrilação atrial e flutter	8,104	0	22	24	27
Aneurisma da aorta *	9,215	0	N / D	N / D	N / D
Doença vascular periférica	8,087	0	19	20	23
Endocardite	9,274	0	18	19	21
Outras doenças cardiovasculares e circulatórias	10.340	0			

Fonte: estudo GBD 2015

Em Portugal, em 2018 o INEM registou 2.761 casos de AVC encaminhados para a STROKE Greenway, uma média de nove casos por dia. Os distritos do Porto e Lisboa registaram o maior número destes encaminhamentos, com 585 e 548 casos respetivamente (INEM, 2018).

KS Reddy Global Burden of Disease Study 2015 fornece GPS para a saúde global 2030 Lancet , 388 (2016) , pp. 1448 - 1449.

Gráfico 1 - Número de ocorrências de AVC, 2015-2018 em Portugal



Fonte: INEM, 2019

Uma nova pesquisa, publicada no European Heart Journal (2019), mostrou que as mortes por doenças que afetam o suprimento de sangue ao cérebro estão a diminuir na Europa, mas nalguns países o declínio está a estabilizar-se ou as taxas de mortalidade estão a aumentar.

A doença cerebrovascular inclui derrames cerebrais, mini-derrames e redução, bloqueio ou rutura dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro e é a segunda principal causa de morte na Europa depois das doenças cardíacas, sendo responsável por 9% das mortes em homens e mulheres. 12% de mortes em mulheres a cada ano (Stevens et al., 2018)

O estudo EHJ usou dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) para examinar as tendências de mortalidade em três tipos específicos de doença cerebrovascular na Europa ao longo de 37 anos entre 1980 e 2016: AVC isquémico (falta de fluxo sanguíneo para o cérebro), AVC hemorragia hemorrágica (hemorragia cerebral) e hemorragia subaracnoide (HSA), na qual ocorre o sangramento entre o cérebro e a membrana circundante.

Hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, dieta não saudável, obesidade, sedentarismo e fibrilação atrial são os principais riscos para o surgimento de AVC em 2018 (Stevens et al., 2018)

1.3 A qualidade de vida e as doenças crónicas

Durante os últimos anos houve uma predominância crescente de transtornos crónicos, com um grande número de pessoas que vivem com doenças crónicas que podem afetar de forma muito negativa a sua qualidade de vida.

A QVRS é geralmente medida através das condições crónicas e, frequentemente prejudicada por estas razões. Além de que, os fatores associados a uma boa e má QVRS, é estimada por meio do impacto relativo das doenças crónicas (Fukuota et al., 2007).

Alguns estudos (Fukuota et al., 2007; Kiessling et al., 2004), analisaram a QVRS em pacientes com insuficiência cardíaca, os quais têm, comprometimento significativo de todos os aspetos relacionados com a sua qualidade de vida, não somente o funcionamento físico.

A qualidade de vida nas doenças crónicas pode variar com a idade, especialmente nos idosos, e com as condições de saúde. As condições crónicas afetam a mobilidade E, consequentemente, o seu status físico e funcional, o equilíbrio emocional e a autoestima (Gale et al., 2014)

A literatura demonstrou a relação negativa entre as múltiplas doenças crónicas e a qualidade de vida. A presença de doença crónica está relacionada com a infelicidade e o sofrimento psíquico, resultando na baixa qualidade de vida, tanto para mulheres como homens (Gobbens & Assen, 2014).

Ozturk et al. (2011) não identificaram uma associação entre as doenças crónicas e a mobilidade física, atividades independentes funcionais e o tipo de condições crónicas e o género.

No século passado, foram construídos grandes avanços na medicina e saúde pública nos países desenvolvidos, bem como o crescimento económico que conduziu a

maior número de programas de bem-estar social amplamente acessíveis, os quais alteraram o panorama da doença crónica (Ozturk et al. 2001).

As intervenções clínicas e comunitárias têm controlado substancialmente muitas causas passadas de doença, como a tuberculose e a sífilis. De igual modo, a farmacoterapia tem permitido que mais pessoas dom doenças mentais crónicas sejam desinstitucionalizadas, mesmo na ausência de prevenção ou de cura. É importante referir que as abordagens terapêuticas adicionais melhoraram a função e a saúde em geral para alguns indivíduos com doenças crónicas através de avanços em cirurgia coletiva, novas abordagens em analgesia, melhor reabilitação e terapia física e ocupacional, bem como uma melhor adaptação a ambientes domésticos e comunitários para pessoas com deficiência funcional (Kulkarni et al., 2011).

Embora, na era moderna o número de doenças crónicas relacionadas com as condições físicas, mentais, saúde social, cuidados de saúde e economia continuem a ser um problema de magnitude crítica em vários países (DeVol e Bedroussian, 2007; Michaud et al., 2006; NCCDPHP, 2009)

A doença crónica também causa morbidade, afeta a qualidade de vida não apenas daqueles quem têm a condição, mas também para as suas famílias, amigos e cuidadores. Para a sociedade, as doenças crónicas cobram um grande pedágio impondo um stress psicossocial, reduzem a prosperidade económica e aumentam os custos na assistência social e no setor da saúde pública (Asaqwa et al., 2011)

Em termos de pedágio na qualidade de vida, a morbidade das doenças crónicas pode ser avaliada em múltiplas dimensões como a fadiga, dor, deficiência física, falta de sono, stress emocional e diminuição da saúde social, ou como um efeito sumativo em todas estas dimensões (Cherepanov et al., 2011).

As diferentes doenças crónicas impactam igualmente as dimensões da saúde de diversas formas, por exemplo, a esquizofrenia e a artrite reumatoide possuem um impacto dramático na qualidade de vida dos indivíduos e dos seus cuidadores, embora o alcance destes impactos é muito diferente. As pessoas com esquizofrenia devem lidar com o estigma e muitas vezes com sintomas recorrentes e remitentes de uma doença

mental ao longo da via, fazendo com que mitos nunca consigam alcançar algumas metas como casar, ter filhos e trabalhar (Edelstein et al., 2016)

Contrariamente, as pessoas com artrite reumatoide sofrem um curso variável de preocupações físicas, mudanças na função e perda de habilidades especificas que frequentemente aumentam com o tempo. É importante avaliar as muitas fases da morbidade da doença crónica e reconhecer que todas as doenças crónicas, comuns ou raras, são de uma importância considerável para aqueles que são afetados (Parrish, 2010).

1.4 A qualidade de vida dos pacientes pós-AVC

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a qualidade de vida (QV) como um "estado de completo físico, bem-estar mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades". Evoluindo em 1995, para as "perceções dos indivíduos sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que incorpora de forma complexa o aspeto físico das pessoas saúde, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com características salientes do ambiente" (Kaplan & Bush, 1982).

Durante muito tempo esta definição foi a mais importante e influente, mas o conceito de QV mudou nos últimos anos. Especificamente, o conceito de QV relacionada com a saúde (HR-QoL) foi apresentado e definido como o "o quão bem uma pessoa funciona na sua vida e no seu bem-estar percebido nos domínios físico, mental e social da saúde" (Koves et al., 2017; WHOQOL Group, 1995).

Atualmente, o conceito de QV inclui outros aspetos relacionados com o bem-estar do paciente e, muito autores colocaram maior ênfase nas perceções subjetivas das pessoas e das características mais importantes das suas vidas, considerando a QV mais de uma perceção pessoal e não somente como uma entidade objetiva e mensurável. Neste sentido, Wenger et al. (1984) definiu a QoL como "as perceções individuais do

seu funcionamento e bem-estar em diferentes domínios da vida" (Torrance, 1987, p. 593).

De acordo com Xiao-jun et al. (2013) a QVRS é um conceito dinâmico e multidimensional que inclui múltiplos componentes, como a saúde física de um indivíduo, estado psicológico, nível de dependência e relações sociais, bem como as suas relações com as características salientes do seu ambiente.

A QVRS é um conceito dinâmico que resulta da experiência passada, das circunstâncias atuais e das expetativas para o futuro (Janodia, 2016). A perceção e a realização da QVRS dependem da condição físico do indivíduo, mas também das preferências e prioridades da vida. A QVRS pode ser reconhecida como um conceito dinâmico que representa as respostas do indivíduo aos efeitos físicos, mentais e sociais da doença que influenciam na medida em que a satisfação pessoal com as circunstâncias de vida pode ser alcançada e permite a comparação favorável com outros critérios selecionados (Fernandes, 2012).

Para os sobreviventes de AVC, as consequências incluem ter de depender de terceiros para realizar as suas atividades da vida diária e a perturbação da sua vida social. Esta realidade tem um impacto negativo sobre a QV sobre os pacientes e os seus familiares, que geralmente tornam-se os seus cuidadores principais (Elloker & Rhoda, 2015).

De acordo com o atual modelo biopsicossocial de doença crónica, a perceção dos doentes com AVC e os seus cuidadores sobre o seu próprio estado de saúde e QV é particularmente importante, na pesquisa e prática clínica (Pinedo et al., 2017). Ora, o termo QV relacionada com a saúde é um conceito que reflete os comportamentos físicos, emocionais e sociais, e as atitudes dos indivíduos em relação ao seu estado anterior e atual do estado de saúde (Badia-Llach et al., 2009).

A avaliação da QV em pacientes com AVC é um processo complexo, dado um conjunto de sintomas que causa AVC, afetando potencialmente quase todas as funções humanas, desde o esfíncter, controlo da função motora, cognitiva e visual (Bour et al., 2011).

O estudo de Chen et al. (2019) teve como objetivo esclarecer a mudança dinâmica da qualidade de vida (QV) em pacientes com AVC após o tratamento, e para explorar os preditores associados ao retorno ao trabalho (RTW) em 48 semanas. Todos os pacientes inscritos foram convidados a preencher o *Short Form 36 Health Survey*.

Para pacientes com acidente vascular cerebral, os questionários SF-36 foram medidos repetidamente 4 semanas após o tratamento. Pacientes com AVC tiveram pontuações mais baixas em termos de dimensões fisiológicas, como funcional física, limitações de papel devido a problemas físicos e saúde geral. Após 4 semanas de tratamento, identificou-se que, exceto para dor corporal, os escores em dimensões como funcionamento físico, limitações de papel devido a problemas físicos e saúde geral aumentaram significativamente (Chen et al., 2019).

1.5 Os deficits cognitivos em doentes pós-AVC

Os deficits cognitivos são uma das complicações pós-AVC mais comuns (Xu, Ren, Prakash, Vijayadas, & Kumar, 2013). Estes podem ser causados pela privação de oxigénio no tecido cerebral e por aumento da pressão ao redor da área afetada pelo enfarte. Os efeitos dos danos são influenciados pela área do cérebro lesado.

A este aspeto, o estudo de Madureira et al. (2001) com 237 pacientes portugueses tinham deficiência e, na sua maioria de memória, atenção e fluência verbal forma os domínios mais afetados na fase aguda pós-AVC, até 12 meses após o AVC. Os deficits de memória, atenção e a linguagem foram igualmente os domínios mais afetados um ano após o AVC. Cinco anos após o AVC, o comprometimento da velocidade de processamento e o funcionamento executivo foram os domínios cognitivos mais prejudicados (Cumming, Marshall, & Lazar, 2013).

O estudo de Cumming et al. (2014) demonstrou que os deficits cognitivos afetaram negativamente o funcionamento físico dos pacientes, diminuindo a sua capacidade de vida e aumentando os sintomas depressivos.

A definição de deficiência cognitiva vascular inclui um amplo conjunto de deficits cognitivos, desde o comprometimento cognitivo relativamente moderado da

Origem Vascular (VaMCI) para Demência Vascular (VaD), a forma mais grave de VCI (Teasel et al., 2020).

Neste sentido, a VCI é uma síndrome que afeta pelo menos um domínio cognitivo, como a atenção, a memória, função executiva, perceção ou linguagem com evidência de AVC clínico ou lesão cerebral vascular subclínica (Teasel et al., 2020).

Neste sentido, a VCI está relacionada com um grupo heterogéneo de condições, como o distúrbio neurocognitivo leve, demência, demência vascular e demência mista, em que as lesões vasculares causam ou contribuem para o comprometimento da função cognitiva (Barbay et al. 2017).

As alterações cognitivas atingem vários domínios, que incluem:

Figura 4 – domínios das deficiências cognitivas

Do mesmo modo, a cognição inclui os vários domínios: (Sachdev et al. 2014; Cummings et al. 2013)

· Atenção, que pode ser amplamente definida como focar, mudar, dividir ou manter a atenção num estímulo ou tarefa particular.

· Função executiva que está envolvida no planeamento, pensamento abstrato, organização de pensamentos, inibição e monitorização de conflitos.

· Capacidade visuo-espacial que descreve a aptidão de uma pessoa para pesquisa visual ou de informações, para desenhar ou recriar imagens visuais e manipular mentalmente objetos bidimensionais e tridimensionais.

· Aprendizagem e memória descrevem a capacidade de recordar e reconhecer a informação visual e verbal, seja ela episódica ou semântica.

· Linguagem que é a capacidade de se expressar e ser recetivo a si mesmo por meio da linguagem por meio da escrita e compreensão de leitura.

· Cognição social, que é o reconhecimento do próprio estado emocional e do outro, e uma compreensão da teoria da mente.

O padrão de deficits cognitivos em VCI pode incluir um grau variável de deficits em qualquer um dos domínios incluindo as síndromes de AVC focal. A este aspeto,

Cummings et al. (2013) observou que "o AVC tende a ter maior impacto deletério na atenção e função executiva do que na memória".

Numa comparação baseada na comunidade de pacientes com AVC com controlos populacionais, os pacientes com AVC eram mais prejudicados do que os controlos na capacidade espacial, função executiva, atenção e linguagem, mas foram menos prejudicados na orientação ou memória (Srikanth et al. 2003, Cumming et al. 2013). Não obstante a velocidade de pensamento é clinicamente relevante pois faz uma contribuição independente para o resultado funcional após AVC Barker-Collo et al. 2010) e é um preditor independente de dependência em sobreviventes de AVC (Narasimhalu et al. 2011).

Cumming et al. (2013, p.38) também observou que, "É possível que a atenção e os déficits executivos parecem ser predominantes após o AVC, esses domínios são mais frequentemente testados através do uso de tarefas sensíveis ao tempo (por exemplo, *Trail-Making* e fluência verbal) do que os domínios da memória ou da linguagem".

Foi sugerido igualmente, que as habilidades cognitivas como o pensamento abstrato, julgamento verbal de curto prazo, memória, compreensão são importantes na previsão do status de funcionamento do doente sobrevivente de AVC (Douiri et al., 2013). A cognição reduzida foi associada a uma diminuição da capacidade de realizar atividades da vida diária com deficiências físicas, e maior probabilidade de mortalidade dentro de um ano após a alta (Claesson et al. 2005; Leys et al. 2005).

Neste sentido, Narasimhalu et al. (2011) identificaram que o comprometimento cognitivo pós-AVC é preditivo de dependência e (Farooq & Gorelick (2013) relataram menos altas do hospital entre pacientes com deficiência cognitiva do que entre pacientes cognitivamente intactos.

1.5.1 Alterações neuropsicológicas associadas às lesões dos hemisférios direito e esquerdo.

O hemisfério direito parece ter maior funcionalidade de interconetividade do que o hemisfério esquerdo (Iturria-Medina et al., 2011; Li et al., 2014; Medvedev, 2014). Os padrões organizacionais sugerem que o hemisfério direito é melhor em processamento de informações gerais, como os processos de integração, em contraste com o hemisfério esquerdo que é mais eficiente em processamentos especiais, como a linguagem e ação motora (Iturria-Medina et al., 2011; Li et al., 2014).

Na década de 1970, houve um aumento significativo do número de estudos de emoção, prosódia visuo-perceção e negligência unilateral que conduziu ao entendimento atual de que o hemisfério direito é dominante nestas funções. Durante o mesmo período, os estudos descritivos de linguagem e comunicação com as premissas apoiadas nas propostas de Critchley (1991) e Eisenson (1962), que o hemisfério direito resulta em mudanças para a linguagem extralinguística ou linguagem complexa, incluindo a

interpretação de significados conotativos, moral ou essência, compreendendo o humor e outras formas de linguagem não literal (Blake, 2016; Perecman, 1983; Wapner, Hamby e Gardner, 1981).

O AVC ocorre aproximadamente na mesma frequência no hemisfério direito como esquerdo, (RH 45%; LH 55%) (Foersch et al., 2005; Hedna et al., 2013). As funções motoras e sensoriais do cérebro são lateralizadas com cada hemisfério cerebral responsável pelo lado oposto do corpo. Apesar de algumas simetrias nas funções cognitivas, são realizadas de forma complementar e integrativa nos dois hemisférios cerebrais (Corballis, 2017).

Os dois hemisférios estão envolvidos assimetricamente em muitas funções de atenção, cognitivas e emocionais com o grau de assimetria que varia dependendo da função mental particular em questão. A lateralização da função cerebral permite que os hemisférios se especializem em diferentes funções mentais (Riès et al., 2016). Como exemplo, o hemisfério esquerdo é conhecido por ser especializado em linguagem e as suas lesões resultam geralmente em afasia, ou seja, um deficit nos processos linguísticos, tais como a compreensão e a produção da linguagem (Peräkylä et al., 2021). O hemisfério esquerdo processa as informações linguísticas que transmitem o significado das palavras, o hemisfério direito processa a prosódia, as entoações que transmitem as informações emocionais da fala (Gainnoti, 2019).

A lateralização das funções mentais e a especialização hemisférica podem fornecer a base para otimizar o funcionamento emocional e cognitivo e contribuir para o comportamento social de sucesso. A comunicação social bem-sucedida depende de muitas funções mediadas pelo hemisfério direito, desde a compreensão e expressão da emoção até a compreensão do sarcasmo, humor e metáforas. (Peräkylä et al., 2021).

Os resultados de estudo de lesão e neuroimagem funcional de pacientes com AVC do hemisfério esquerdo sugeriram um papel importante para o lado direito do hemisfério na recuperação das funções da linguagem (Crinion e Price, 2005; Baum et al., 2012).

No entanto, existe um debate em curso sobre o tema, com alguns estudos que demonstraram que aumentou a ativação do hemisfério direito após o AVC no hemisfério

esquerdo para refletir uma estratégia mal-adaptativa que afeta negativamente a longo prazo a recuperação (Saur et al., 2010).

De salientar que, os traços para uma rede estendida de regiões no território da artéria cerebral média esquerda podem conduzir à afasia, ou seja, nos doentes pós-AVC pode existir um distúrbio de linguagem adquirido que produz deficiências devastadoras na produção da linguagem e ou compreensão da leitura ou escrita e que têm um efeito na qualidade de vida destes doentes. (Baum et al., 2012).

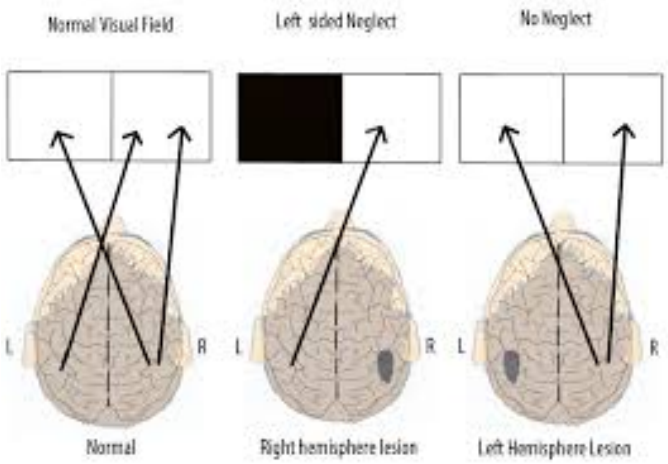


Figura 5 - Representação Visual / Processamento de Negligência Espacial Unilateral

Portanto, num AVC cerebral médio do hemisfério direito, os distúrbios de perceção visual-espaciais incluem negligência do lado esquerdo, desorientação figura-fundo, apraxia estrutural e astrognosia (o último observado em distúrbios do hemisfério esquerdo). A maior parte do problema visuo-espacial comumente visto é a síndrome da negligência unilateral. (Baum et al., 2012).

1.6 Principais sinais e sintomas neurológicos da pessoa com AVC

Os sinais e sintomas neurológicos de um AVC isquémico geralmente aparecem repentinamente. A apresentação típica é o início súbito de hemiparesia. Os

sinais e sintomas variam dependendo da localização da oclusão e da extensão do fluxo colateral (Véronique et al., 2012)

O AVC embólico isquémico é o mais comum em pacientes com fibrilação atrial (80%), infarto do miocárdio, válvulas protéticas, cardiopatia reumática e ateroma arterial importante (embolia arterial). A maioria dos êmbolos é de origem aterosclerótica e pode obstruir temporária ou parcialmente as artérias cerebrais causando danos. Os êmbolos tendem a ser multifocais e podem produzir pequenas hemorragias ao redor da obstrução (Luengo-Fernandez et al., 2012)

A oclusão de uma artéria cerebral causa diminuição do fluxo sanguíneo e isquemia. Se durar apenas alguns segundos ou um minuto, a recuperação é imediata e completa. Dependendo da gravidade da isquemia, o infarto (morte celular) ocorrerá em poucos minutos, causando danos irreversíveis e até mesmo danos após a restauração do fluxo sanguíneo. Isso é chamado de "núcleo" do ataque cardíaco. Em torno do núcleo, o tecido é afetado funcionalmente devido à diminuição da circulação, embora possa se recuperar se o fluxo sanguíneo for restaurado. Isso é chamado de "penumbra isquémica" de um derrame. (Luengo-Fernandez et al., 2012)

A maioria das pessoas terá uma penumbra isquémica capaz de se tratar por 3 horas, mas muitos pacientes têm até 12 horas, fato conhecido como "janela terapêutica" disponível para trombólise. Portanto, a identificação adequada de pacientes tratáveis é crucial para a eficácia das intervenções (Saver et al., 2015; Campbel et al., 2015)

Com relação ao AVC hemorrágico, existem dois tipos, um resultante de hemorragia intracerebral secundária, hipertensão, angiopatia amiloide cerebral ou doença arterial degenerativa, e outro tipo, hemorragia subaracnoideia causada por ruptura de aneurisma (Craig et al., 2010; Jauch et al., 2013).

2 – Estudo metodológico

O objetivo deste capítulo é apresentar e fundamentar as opções metodológicas que orientaram a investigação empírica. A abordagem de questões ligadas à metodologia apresenta-se como essencial para os estudos científicos, visto que permite avaliar a sua validade. Sendo que, o "interesse pela validez do caminho escolhido para se acabar proposto pela pesquisa, vai além da descrição dos procedimentos (métodos e técnicas a serem utilizados na pesquisa), indicando a escolha teórica realizada pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo" (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 13).

O método representa "o conjunto de processos ou operações mentais que devemos empregar na investigação". É a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa. Representa ainda a "forma de pensar para chegarmos à natureza de determinado problema, quer seja para estudá-lo ou explicá-lo" (PRODONOV e FREITAS, 2013, p. 126).

2.1 Pergunta de Partida

Pergunta de partida, questão científica ou questão da pesquisa, entre outros, são alguns dos termos que descrevem a especificidade da problemática da investigação ou (a identificação ou formulação) do problema – fenómeno, facto em estudo.

Colocou-se como questão de partida: qual o nível de qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC? Quais as variáveis sociodemográficas e como estas podem influenciar essa qualidade de vida.

2.2 Objetivo geral

Determinar quais as variáveis sociodemográficas e como estas podem influenciar a forma como é verificada a Qualidade de vida cognitiva em Pessoas pós AVC.

2.3 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são, segundo diversos autores, como é o caso GIL (2008), as tarefas levadas a cabo para o alcance do objetivo geral. Ou seja, para abordar o objetivo geral, o pesquisador procura desdobrá-lo em objetivos específicos que facilitem o acesso a essa compreensão, norteando desse modo o trabalho de investigação

Assim, colocou-se como objetivos específicos:

- Caracterizar as pessoas sob o ponto de vista sociodemográfico
- Analisar as repercussões da reabilitação cognitivas pós AVC

2.4 Metodologia

Para o nosso estudo, optamos pela metodologia quantitativa que, "considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito", "o ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave, sendo que processo e seu significado são os focos principais de abordagem" (Kauark, Manhães e Medeiros, 2010, p. 26), "preocupa-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização" (Gerhardt e Silveira, op cit, p. 13), isto é, "vai muito além do visível e do concreto. Ela mergulha fundo no significado próprio das ações e relações humanas, que nem sempre, podem ser transformadas em equações matemáticas e apresentadas em tabelas estatísticas" (Neves e Domingues, 2007, p. 19).

Instrumentos

Foram utilizados neste estudo dois testes e um Questionário Sóciodemográfico, o Teste de Addenbrooke foi desenvolvido por Hodges et al., como uma técnica de triagem cognitiva ampliada. O ACE-III é composto por cinco variáveis cognitivas, atenção, memória, linguagem, fluência verbal e habilidades visuo-espaciais. O ACE-III leva cerca de 20 minutos para ser concluído (tabela 1) Da mesma forma que o ACE-R, o escore total do ACE-III é baseado em um score máximo de 100, com scores mais altos indicando melhor funcionamento cognitivo.

O objetivo do ACE era ser uma técnica de rastreamento que avalia as principais funções cognitivas e dá acesso gratuito aos profissionais de saúde. Dessa forma, o ACE transforma-se numa ferramenta de triagem cognitiva breve, que leva de 15 a 20 minutos para administrar e é útil na deteção de síndromes demenciais (Hsieh et al., 2013).

Teste das Anillas ou Teste das Argolas (TA) para Avaliação de Funções Executivas, de JA Portellano e R. Martínez Arias (2011), é um instrumento de triagem que visa avaliar o funcionamento executivo em adultos por meio da capacidade de planeamento. O Teste dos Anéis consiste em 15 itens de dificuldade crescente em que o sujeito, movimentando um a um os anéis coloridos colocados num quadro com três postes, deve reproduzir um modelo apresentado numa folha. Este teste foi utilizado para determinar a existência de funções executivas prejudicadas, alguns danos cerebrais, avaliação de indivíduos com alterações neuropsicológicas e, transtornos psiquiátricos ou neurológicos.

Questionário Sociodemográfico composto por perguntas breves, para avaliar as características dos participantes, como a idade, sexo, habilitações literárias, profissão e a qualidade de vida pós AVC.

3 - Apresentação dos resultados

Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes, o teste t de Student para uma amostra, o teste de Mann-Whitney, o teste Binomial e o teste de independência do Qui-quadrado. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27 para Windows.

Caracterização da amostra

Os dados referem-se a um total de 19 inquiridos. A média de idades era de 70.6 anos, variando entre um mínimo de 45 e um máximo de 87 anos. A maioria era do género masculino (57.9%), casada (52.7%) e tinha 1º ciclo (73.7%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica (N = 19)

	N	%
Idade (M; DP)	70,6	10,1
Género		
Feminino	8	42,1
Masculino	11	57,9
Estado civil		
Solteiro	1	5,3
Casado	10	52,7
Divorciado	4	21,0
Viúva	4	21,0
Habilitações académicas		
1ºCiclo	14	73,7
2ºCiclo	3	15,8
Ensino Secundário	2	10,5

Oito participantes são do género feminino e 11 do género masculino, com idades compreendidas entre os 45 e os 87 anos. No que respeita ao estado civil, 10 participantes são casados, 4 participantes são divorciados, e 4 são viúvos. 14 participantes têm como habilitações literárias o 1º ciclo, 3 o 2º ciclo e 2 o ensino secundário.

Resultados

A maioria dos AVC eram de tipo isquêmico (89.5%).

Tabela 3 – Tipo AVC

	N	%
Hemorrágico	2	10,5
Isquémico	17	89,5

De acordo com a tabela 3, observa-se que 17 dos participantes tiveram um AVC isquêmico e que 2 dos participantes tiveram um AVC hemorrágico. Quase metade da amostra (47.4%), no teste de Anilhas, teve resultados considerados como muito baixos. Em consequência 78.9%, no exame de Addenbrooke tiveram resultados abaixo do ponto de corte, (sendo que o ponto de corte é 78).

Tabela 4 - Teste de anilhas

	N	%
Muito Baixo	9	47,4
Médio Baixo	1	5,3
Baixo	2	10,5
Médio	2	10,5
Médio Alto	1	5,3
Alto	1	5,3
Muito Alto	3	15,8

Tabela 5 - Ponto de corte 78 (Exame de Addenbrooke)

	N	%
Abaixo do ponto de corte	15	78,9
Acima do ponto de corte	3	15,8
No ponto de corte	1	5,3
Total	19	100,0

As estatísticas descritivas dos resultados obtidos no teste ACE-R podem ser apreciadas na tabela seguinte. Nela indicamos os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 6 - Ponto de corte 78 (Exame de Addenbrooke)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Atenção e orientação	2	18	12,74	5,526
Memória	2	19	11,74	5,054
Fluência	0	14	6,00	5,302
Linguagem	3	26	19,32	8,347
Visuo-espacial	3	16	9,37	4,271
Resultado ACE-R	13	86	59,05	23,102

Observou-se que em relação aos domínios, atenção e orientação obteve-se uma pontuação de 12,74 de média, o que representa que é um dos domínios mais afetados no AVC, bem como o domínio da linguagem com uma pontuação de 19.32 em termos de afetação. Seguido igualmente pelo domínio da memória com uma pontuação de 11,74.

As estatísticas descritivas dos resultados obtidos no questionário de Qualidade de vida podem ser apreciadas na tabela seguinte. A média obtida é significativamente acima do ponto médio da escala (2.5), $t(18) = 4.044$, $p < .001$, o que significa que os sujeitos reportam níveis de qualidade de vida considerados como bons.

Tabela 7 – Qualidade vida

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Qualidade de vida	2,37	3,42	2,77	0,29

Em relação à qualidade de vida, observou-se que os participantes possuem uma qualidade de vida boa, mesmo com a afetação dos domínios anteriormente referenciados.

A consistência interna do questionário de Qualidade de vida foi analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O valor obtido foi de .746 (razoável). A categorização dos valores de Alfa segue o referenciado em Hill (2014).

Tabela 8 – Consistência interna

	Alfa de Cronbach	Nr de itens
Satisfação com o trabalho	.746	19

No que respeita à satisfação com o trabalho, os valores analisados identificam que os participantes têm um valor desta superior ao esperado, ou seja, mesmo em termos de afetação de algumas áreas decorrentes da ocorrência do AVC, a sua satisfação com o trabalho é satisfatória.

Objetivos:

Diferença de proporção Homens vs mulheres

A proporção de homens era superior à proporção de mulheres (57.9% vs 42.1%), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, teste Binomial, p = .123.

Tabela 9 - Teste binomial

		Categoria	N	Observed Prop.	Test Prop.	Sig
Género	Group 1	Masculino	11	,579	,421	,123
	Group 2	Feminino	8	,421		
	Total		19	1,000		

Em termos de satisfação geral e afetação após a ocorrência de AVC, demonstrou que são os homens que se encontram com os maiores níveis em comparação com as mulheres.

Qualidade de vida e género

Os homens obtêm valores de qualidade de vida mais elevados, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, t(17) = -0.281, p = .782.

Tabela 10 – Qualidade de vida e gênero

	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	Sig.
Qualidade de vida	2,75	,25	2,78	,33	.782

No que respeita à qualidade de vida e ao gênero, identificou-se que são as mulheres, que possuem melhor qualidade de vida em comparação com os homens.

Qualidade de vida e idade

Os sujeitos com mais de 70 anos reportam níveis de qualidade de vida mais elevados, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, t(17) = -1.708, *p* = .104.

Tabela 11 – Qualidade de vida e idade

	< 70 anos		≥ 70 anos		
	M	DP	M	DP	Sig.
Qualidade de vida	2,66	,20	2,89	,35	.104

M – Média DP – Desvio padrão

No que respeita à relação qualidade de vida e idade, observou-se que são os participantes com mais de 70 anos, que possuem maiores níveis de qualidade de vida em comparação com os participantes com menos de 70 anos.

Teste Anillas e gênero

A relação entre o resultado no teste de anilhas e o gênero não é estatisticamente significativa, χ^2 (6) = 3.401, *p* = .757. Este teste foi utilizado para determinar a existência de funções executivas prejudicadas, alguns danos cerebrais, avaliação de indivíduos com alterações neuropsicológicas e, transtornos psiquiátricos ou neurológicos. Neste sentido, os resultados do estudo determinaram pontuações mais altas nas funções executivas prejudicadas no sexo masculino em comparação com o sexo feminino.

Tabela 12 – Teste Anillas e gênero

		Género		
		Feminino	Masculino	Total
Muito Baixo	Freq.	6	3	9
	% Género	75,0%	27,3%	47,4 %
Baixo	Freq.	0	2	2
	% Género	0,0%	18,2%	10,5 %
Médio Baixo	Freq.	0	1	1
	% Género	0,0%	9,1%	5,3%
Médio	Freq.	1	1	2
	% Género	12,5%	9,1%	10,5 %
Médio Alto	Freq.	0	1	1
	% Género	0,0%	9,1%	5,3%
Alto	Freq.	0	1	1
	% Género	0,0%	9,1%	5,3%
Muito Alto	Freq.	1	2	3
	% Género	12,5%	18,2%	15,8 %
Total	Freq.	8	11	19
	% Género	100,0%	100,0%	100,0 %

Teste das Anillas e idade

A relação entre o resultado no teste de anilhas e o género não é estatisticamente significativa, χ^2 (6) = 6.009, p = .539.

Tabela 13 – Teste das Anillas e idade

		Idade		
		< 70 anos	≥ 70 anos	Total
Muito baixo	Freq.	5	4	9
	% idade	50,0%	44,4%	47,4%
Baixo	Freq.	1	1	2
	% idade	10,0%	11,1%	10,5%
Médio Baixo	Freq.	0	1	1
	% idade	0,0%	11,1%	5,3%
Médio	Freq.	1	1	2
	% idade	10,0%	11,1%	10,5%
Médio Alto	Freq.	0	1	1
	% idade	0,0%	11,1%	5,3%
Alto	Freq.	1	0	1
	% idade	10,0%	0,0%	5,3%
Muito Alto	Freq.	2	1	3
	% idade	20,0%	11,1%	15,8%
Total	Freq.	10	9	19
	% idade	100,0%	100,0%	100,0%

Os resultados do estudo determinaram pontuações mais altas nas funções executivas prejudicadas, nos participantes com mais de 70 anos em comparação com os participantes com menos de 70 anos.

Addenbrooke e gênero

Os homens obtêm valores de fluência significativamente mais elevados do que as mulheres (8.73 vs 2.25), MU = 10.500, p = .004.

Tabela 14 – Addenbrooke e gênero

	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	Sig.
Atenção e orientação	11,75	5,97	13,45	5,35	.545
Memória	12,50	6,52	11,18	3,92	.657
Fluência	2,25	3,28	8,73	4,86	.004**
Linguagem	17,88	9,20	20,36	7,95	.545
Visuo-espacial	8,75	4,20	9,82	4,47	.605
Resultado ACE_R	53,13	25,29	63,36	21,55	.355

*** p ≤ .01 M – Média DP – Desvio padrão*

Addenbrooke e Idade

As diferenças em função da idade não são estatisticamente significativas ($p > .05$).

TABELA 15 – ADDENBROOKE E IDADE

	< 70 anos		≥ 70 anos		
	M	DP	M	DP	Sig.
Atenção e orientação	12,70	5,81	12,78	5,54	.977
Memória	10,70	5,74	12,89	4,20	.361
Fluência	7,00	5,98	4,89	4,51	.497
Linguagem	19,50	9,00	19,11	8,10	.604
Visuo-espacial	9,80	3,65	8,89	5,06	.720
Resultado ACE_R	59,50	26,28	58,56	20,57	.905

M – Média DP – Desvio padrão

Discussão de Resultados

Os dados referem-se a um total de 19 inquiridos. A média de idades era de 70.6 anos, variando entre um mínimo de 45 e um máximo de 87 anos. A maioria era do género masculino (57.9%), casada (52.7%) e tinha 1º ciclo (73.7%). A maioria dos AVC eram de tipo isquêmico (89.5%).

O teste das Anilhas foi utilizado para determinar a existência das funções executivas prejudicadas, alguns danos cerebrais, avaliação de indivíduos com alterações neuropsicológicas e, transtornos psiquiátricos ou neurológicos. E neste caso, os resultados determinaram que as pontuações mais altas nas funções executivas ficaram prejudicadas nos participantes com mais de 70 anos, em comparação com os participantes com menos de 70 anos.

O Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE) é um teste cognitivo breve validado em vários idiomas e configurações para o diagnóstico diferencial de demência. De acordo com o estudo de Matias-Guiu (2020) avaliou o seu uso para o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve, doença de Alzheimer, outras demências (afasia progressiva primária e demência frontotemporal variante comportamental), comprometimento cognitivo associado à doença de Parkinson, parkinsonismos atípicos, e os resultados determinaram que o ACE desempenha um papel duplo na avaliação cognitiva, servindo como uma ferramenta de triagem e como uma breve bateria neuropsicológica.

Do mesmo modo, o estudo de Takenoshita et al. (2019) teve como objetivo avaliar a precisão da triagem da versão japonesa do Exame Cognitivo III de Addenbrooke (ACE-III) para diagnosticar CCL e demência. Os resultados determinaram que os escores de corte ideais da ACE-III para detetar CCL e demência foram 88/89 (sensibilidade 0,77, especificidade 0,92) e 75/76 (sensibilidade 0,82, especificidade 0,90), respectivamente. ACE-III foi superior ao HDS-R e MMSE na detecção de CCL ou demência.

O estudo de Bruno & Vignaga (2019) teve como objetivo fazer uma revisão crítica do exame cognitivo de Addenbrooke III. São referenciadas as diferentes versões linguísticas disponíveis e pesquisas sobre as diversas variáveis que têm relação com o desempenho do sujeito no ACE-III. O ACE-III é uma técnica de detecção, que pode diferenciar os pacientes com e sem comprometimento cognitivo, é sensível aos estágios iniciais da demência e está disponível em diferentes idiomas. A ACE-III é influenciada por variáveis demográficas, incluindo idade, educação e QI. Todas elas são consideradas variáveis importantes a serem consideradas na interpretação dos pontos de corte sugeridos para melhorar a exatidão do diagnóstico.

Sobre o questionário de Qualidade de vida, a média obtida é significativamente acima do ponto médio da escala (2.5), $t(18) = 4.044$, $p < .001$, o que significa que os sujeitos reportam níveis de qualidade de vida considerados como bons.

A literatura demonstrou a relação negativa entre as múltiplas doenças crónicas e a qualidade de vida. A presença de doença crônica está relacionada com a infelicidade e o sofrimento psíquico, resultando na baixa qualidade de vida, tanto para mulheres como para homens (Gobbens & Assen, 2014).

Ozturk et al. (2011) não identificaram uma associação entre as doenças crónicas e a mobilidade física, atividades independentes funcionais e o tipo de condições crónicas e o género.

Os homens obtêm valores de fluência significativamente mais elevados do que as mulheres em termos de linguagem, atenção e orientação e memória. O estudo de Cumming et al. (2013, p.38) também observou que, "É possível que a atenção e os déficits executivos parecem ser predominantes após o AVC, esses domínios são mais frequentemente testados através do uso de tarefas sensíveis ao tempo (por exemplo, Trail-Making e fluência verbal) do que os domínios da memória ou da linguagem".

O Trail Making Test A é um instrumento neuropsicológico frequentemente utilizado em pacientes com suspeita de deficiência para medir os domínios cognitivos de velocidade de processamento, sequência, flexibilidade mental e habilidades vasomotoras. A versão mais utilizada é composta por 2 partes: A e B. Na parte A, o

paciente usa um lápis para conectar uma série de 25 números circulados em ordem numérica. Na parte B, o paciente conecta 25 números e letras circundados em ordem numérica e alfabética, alternando entre os números e cartas. A variável primária de interesse é o tempo total para conclusão das partes A e B, que é usado para obter uma proporção do tempo total para completar a parte B/A para todas as tentativas. Um valor mais baixo (mais próximo de 1,0) é indicativo de melhor performance. Acredita-se que a parte A da medida seja um teste de busca visual e habilidades de velocidade motora, enquanto a parte B é considerada também como um teste de habilidades cognitivas de nível superior, como flexibilidade mental. A medida tem excelente validade de construto e confiabilidade interexaminadores; no entanto, pode ser suscetível a efeitos da prática em intervalos mais curtos (Matias-Guiu, 2020).

As medidas de desempenho no Trail Making Test (TMT) estão entre as técnicas de avaliação neuropsicológica mais populares. O tempo de conclusão no TMT-A é considerado uma medida da velocidade de processamento, enquanto o tempo de conclusão no TMT-B é considerado uma medida comportamental da capacidade de alternar entre conjuntos cognitivos (flexibilidade cognitiva), comumente atribuída aos lobos frontais. O estudo de Koopp et al. (2019) analisou a associação de lesões frontais após acidente vascular cerebral com TMT-B Medidas de desempenho (ou seja, tempo de conclusão e medidas de precisão de conclusão) usando mapeamento de comportamento de lesão baseado em voxel, com foco em lesões do lobo frontal do hemisfério direito. Os resultados sugerem que o número de erros, mas não o tempo de conclusão no TMT-B, está associado a lesões frontais do hemisfério direito. Essa descoberta contradiz a prática clínica comum - o uso do tempo de conclusão no TMT-B para medir a flexibilidade cognitiva, e ressalta a necessidade de pesquisas adicionais sobre a associação entre a flexibilidade cognitiva e os lobos frontais.

O AVC cerebrovascular foi considerado a terceira causa de morte em todo o mundo. Embora diferentes mecanismos estejam envolvidos na patogénese do AVC, existem evidências crescentes de que a inflamação pode desempenhar um papel na progressão do AVC na fase aguda. O comprometimento cognitivo observado em pacientes pós-AVC é variável, e pode ser que a deficiência cognitiva seja frequentemente associada à ativação das citocinas. A este aspecto, o estudo de Shaheen

et al. (2019) teve como objetivo explorar a relação entre o desempenho cognitivo e os marcadores inflamatórios nos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico em estágio inicial. Os pacientes apresentaram pior desempenho em testes neuropsicológicos, e houve uma correlação negativa significativa entre o nível sérico de IL-8 e a fluência verbal.

Do mesmo modo, o estudo de Magnusdottir et al. (2021). Teve como finalidade construir normas baseadas em regressão para 3 testes de função executiva: Trail Making Test, Stroop e Fluência Verbal. As 3 variáveis demográficas apresentaram efeitos significativos na maioria das medidas do teste e foram incluídas na equação final para estimar os escores previstos. Uma idade mais avançada e menor escolaridade predisseram piores desempenhos cognitivos na maioria dos casos, e as mulheres tenderam a superar os homens.

Neste sentido, Narasimhalu et al. (2011) identificaram que o comprometimento cognitivo pós-AVC é preditivo de dependência e (Farooq & Gorelick (2013) relataram menos altas do hospital entre pacientes com deficiência cognitiva do que entre pacientes cognitivamente intactos.

A velocidade de processamento é clinicamente relevante, pois contribui de forma independente para o resultado funcional após o acidente vascular cerebral (Barker-Collo et al. 2010) e é independentemente preditivo de dependência em sobreviventes de acidente vascular cerebral (Narasimhalu et al. 2011). Cumming et ai. (2013) também observou que, é possível que a atenção e os déficits executivos parecem predominar após o acidente vascular cerebral, esses domínios são mais frequentemente testados usando tarefas sensíveis ao tempo (por exemplo, trilha e fluência verbal) do que os domínios de memória ou linguagem.

O estudo LADIS (2011) relatou que alterações graves na substância branca representam um risco 3 vezes maior de desenvolver demência independente de idade e sexo. Preditores independentes de demência pós-AVC foram idade avançada, menor educação, histórico de acidente vascular cerebral, diabetes, fibrilação atrial, gravidade do acidente vascular cerebral e comprometimento cognitivo existente (Pendlebury & Rothwell 2009).

O comprometimento das funções executivas (FEs) é um sintoma cognitivo comum pós-AVC e afeta a independência nas atividades diárias. Estudos anteriores muitas vezes baseiam-se em testes cognitivos breves não totalmente considerando o amplo espectro de subdomínios EF. A este aspecto, o estudo de Laakso et al. (2019) teve como objetivo examinar quais dos subdomínios e testes têm o valor preditivo mais forte no resultado funcional pós-AVC e institucionalização no acompanhamento a longo prazo. O grupo AVC teve um desempenho pior do que o grupo controle em vários testes de EF. Os testes de inibição, mudança de set, iniciação, formação de estratégia e velocidade de processamento foram associados com a escala mRS e AIVD no acidente vascular cerebral. As pontuações do subdomínio EF de inibição, mudança de conjunto e velocidade de processamento foram associadas com o resultado funcional.

No nosso estudo verificou-se que os homens obtêm valores de qualidade de vida mais elevados. A este aspecto, o estudo de Adigwe et al. 82022) teve como objetivo explorar a Qualidade de Vida (QV) entre dez sobreviventes de AVC. Os resultados do estudo determinaram que o impacto do AVC na QV dos sobreviventes foi duplo: negativo e positivo. A dimensão física teve o maior impacto negativo na QV dos sobreviventes, de acordo com as descobertas. A espiritualidade, por outro lado, teve o impacto mais positivo na qualidade de vida dos sobreviventes.

Os participantes do nosso estudo experimentaram um foco na reabilitação das suas necessidades físicas, para recuperar o poder e o controle das suas vidas. Realizando assim tarefas significativas que permitiram-lhes desenvolver um senso mais forte de si mesmos. Foi determinada a necessidade da participação activa na sua reabilitação, o que foi alcançado, cientes da sua condição e situação, foram-se envolvendo cada vez mais em actividades independentes onde poderiam ganhar um maior sentimento de controlo sobre a situação.

Conclusão

O objetivo principal do presente trabalho foi determinar quais as variáveis sociodemográficas e como podem as mesmas influenciar a qualidade de vida cognitiva em pessoas pós AVC.

A maioria das conceções existentes sobre a qualidade de vida compartilha características de bem-estar geral, sentimentos de participação social positiva e oportunidades para atingir o potencial pessoal. A qualidade de vida pode ser mais bem contextualizada por meio de uma definição de consciencialização relevante para o público em geral, formulação de políticas interventivas, avaliação de serviços e o desenvolvimento de programas inovadores específicos.

Embora exista uma visão conceptual sobre qualidade de vida, esta é ainda uma noção que se baseia no indivíduo por meio de variáveis como percepções e valores. A maioria dos pesquisadores atuais reconhece essas perceções e valores individuais, bem como as opiniões subjetivas de cada um, como um aspecto fundamental da qualidade de vida.

A carga de múltiplos sintomas e o prejuízo nas atividades da vida diária são fatores físicos comuns nos problemas vivenciados por pessoas com acidente vascular cerebral. Alguns estudos científicos identificaram alguns sintomas, como dispneia e fadiga, como os mais incômodos que afetam o desempenho dos níveis de atividade diária e diminuem a qualidade de vida em geral.

A patologia vascular encefálica é considerada uma das principais causas de morte e mortalidade em adultos, em todo o mundo. Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade por AVC ajustada por idade diminuiu devido ao desenvolvimento de intervenções rápidas e prevenção de doenças. Embora a prevalência continue a aumentar devido ao rápido aumento na população idosa.

Portanto, a importância da qualidade de vida em sobreviventes de AVC que convivem com as sequências dessa condição e incapacidade de longo prazo tem sido bastante enfatizada na literatura.

O declínio cognitivo pós-AVC é uma consequência comum desses tipos de eventos, levando a uma redução na qualidade de vida (Couming et al., 2014). Alguns estudos identificaram que a prevalência de demência no primeiro ano após o AVC é

frequente. Em estudos de hospitais que incluíram CV inicial e recorrente, a prevalência combinada de demência foi de 26,5% (Pendlebury & Rothwell, 2009).

No nosso estudo, o questionário de Qualidade de vida demonstrou que a média obtida é significativamente acima do ponto médio da escala, o que significa que os sujeitos reportam níveis de qualidade de vida considerados como bons.

Na Diferença de proporção Homens vs mulheres, a proporção de homens era superior à proporção de mulheres, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Na Qualidade de vida e género, os homens obtêm valores de qualidade de vida mais elevados, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

O que significa que não havendo uma diferença significativa entre géneros na qualidade de vida após-AVC, os homens ainda mantêm valores superiores em comparação com as mulheres.

Referências

Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ et al. (1993). *Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial*. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke 1993; 24:35–41

Barker-Collo S, Feigin VL, Parag V, Lawes CM, Senior H. (2010). *Auckland Stroke Outcomes Study. Part 2: cognition and functional outcomes 5 years poststroke.* Neurology 2010; 75:1608-1616.

Bour, A., Rasquin, S., Limburg, M., & Verhey, F. (2011). Depressive symptoms and executive functioning in stroke patients: A follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 26, 679-686

Chen, Qi., et al. (2019). *Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com AVC e fatores de risco associados a pacientes para retorno ao trabalho*. Medicina: abril de 2019 - Volume 98 - Edição 16 - p e15130

Corballis, M.C. (2017). *The Evolution of Lateralized Brain Circuits*. Front. Psychol. 8, 1021

Cumming TB, Tyedin K, Churilov L, Morris ME, Bernhardt J. (2011). *The effect of physical activity on cognitive function after stroke: a systematic review*. Int.Psychogeriatr. 2011;1-11

Cumming TB, Marshall RS, Lazar RM. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int J Stroke* 2013; 8(1):38-45

Cumming, T. B., Brodtmann, A., Darby, D., & Bernhardt, J. (2014). The importance of cognition to quality of life after stroke. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 374-379

Elliott J & Smith M. (2010). *The acute management of intracerebral hemorrhage: a clinical review*. Anesth Analg 2010;110(5):1419–1427

Feigin VL, Abajobir AA, Abate KH, Abd-Allah F, Abdulle AM, Abera SF. (2017).

GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Neurol 2017; 16(11): 877-97

Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. (2017). *Global burden of stroke. Circ Res 2017* 120(3): 439-48

Farooq MU, Gorelick PB. (2013). *Vascular cognitive impairment topical collection on cardiovascular disease and stroke*. Current Atherosclerosis Reports 2013; 15(6):330.

Gainotti, G. (2019). Emotions and the Right Hemisphere: Can New Data Clarify Old Models? Neurosci. *Rev. J. Bringing Neurobiol. Neurol. Psychiatry* 2019, 25, 258–270

Kaplan, R.M.; Bush, J.W. (1982). *Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis*. Health Psychol. 1982, 1, 61–80

Köves, B.; Cai, T.; Veeratterapillay, R.; Pickard, R.; Seisen, T.; Lam, T.B.; Yuan, C.Y.; Bruyere, F.; Wagenlehner, F.; Bartoletti, R.; et al. (2017). *Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel.* Eur Urol. 2017, 72, 865–868

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. (2015). *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association*. Circulation 2015; 131(4): e29-e322

Narasimahalu K, Ang S, De Silva DA et al. (2011). *The prognostic effects of post stroke cognitive impairment no dementia and domain-specific cognitive impairments in nondisabled ischemic stroke patients*. Stroke 2011; 42:833-838.

Pinedo S, SanMartin V, Zaldibar B, Miranda M, Tejada P, et al. (2017) Quality of Life of Stroke Patients and their Caregivers. *Int J Phys Med Rehabil* 5: 386.

World Health Organization. (1947). *The constitution of the World Health Organization*. WHO Chron. 1947, 1, 29.

Stroke Association (2017). *State of the Nation — Stroke statistics* [online]. Available at: https://www.stroke.org.uk/resources/state-nation-stroke-statistics

The WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. Soc. Sci. Med. 1995, 41, 1403–1409

Torrance, G.W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *J. Chronic Dis.* 1987, 40, 593–600.

Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. (2016). *GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death*, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 388(10053): 1459-544.

Gobbens, R. J., & van Assen, M. A. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 23(8), 2289–2300

Ozturk E, Gurcay E, Karaahmet O, et al. (2011). What Happens to Swallowing Muscles after Stroke? A Prospective Randomized Controlled Electrophysiological Study. Neurol India;67:1459-66

Bruno, D. & Vignaga, S. (2019). Addenbrooke's cognitive examination III in the diagnosis of dementia: a critical review. Neuropsychiatr Dis Treat; 15: 441–447.

Sieh, D., S., et al. (2013). Problem Behavior in Children of Chronically Ill Parents: A Meta-Analysis December 2010, Clinical Child and Family Psychology Review 13(4):384-97

: Adigwe, G.A.; Tribe, R.; Alloh, F.; Smith, P. The Impact of Stroke on the Quality of Life (QOL) of Stroke Survivors in the Southeast (SE) Communities of Nigeria: A Qualitative Study. Disabilities 2022, 2, 501–515

Barker-Collo S, Feigin VL, Parag V, Lawes CM, Senior H. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 2: cognition and functional outcomes 5 years poststroke. Neurology 2010; 75:1608-1616

Matias-Guiu, J., A. (2020). Exame Cognitivo de Addenbrooke, no livro: Diagnóstico e Manejo na Demência (pp.379-393)

Shaheen, A., et al. (2019). Post-stroke executive dysfunction and verbal fluency negatively correlated to IL8. Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 55:45

Farooq MU, Gorelick PB. Vascular cognitive impairment topical collection on cardiovascular disease and stroke. Current Atherosclerosis Reports 2013; 15(6):330.

Magnusdottir, B., B., et al. (2021). Teste de trilha, Stroop e fluência verbal: normas baseadas em regressão para a população islandesa. *Arquivos de Neuropsicologia Clínica* , Volume 36, Edição 2, março de 2021, Páginas 253–277

Takenoshita, S., et al. (2019). Validation of Addenbrooke's cognitive examination III for detecting mild cognitive impairment and dementia in Japan. BMC Geriatrics (2019) 19:123

LADIS study group. 2001-2011: A decade of the LADIS (Leukoaraoisis And DISability) study: What have we learned about white matter changes and small vessel disease? Cerebrovasc Dis 2011: 32:577-588

Laakso, H., M. (2019). Executive function subdomains are associated with post-stroke functional outcome and permanent institutionalization. EXECUTIVE FUNCTIONS AND POST-STROKE OUTCOME, disponivel em: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/312564/Executive_function_subdomains.p df?sequence=1

Kopp, B., Rösser, N., Tabeling, S., Stürenburg, H. J., de Haan, B., Karnath, H.-O., & Wessel, K. (2015). Errors on the trail making test are associated with right hemispheric frontal lobe damage in stroke patients. *Behavioural Neurology, 2015,* Article 309235.

Anexos

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Anexo A

Vila Franca de Xira, _____ de 2020/2021

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário tem como objetivo principal fazer o levantamento de alguns aspetos relevantes sobre si. Faz parte de uma investigação que visa estudar algumas variáveis sociodemográficas e como estas podem influenciar a forma como é verificada Qualidade de vida cognitiva em Pessoas pós AVC, realizada no âmbito de uma investigação no Mestrado de Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa. Deve ser preenchido com rigor e honestidade, juntamente com os instrumentos que se seguem. Os dados são confidenciais e anónimos e por isso não deve escrever o seu nome em nenhum lugar.

Assinale com um (x), as suas respostas

1.Género

Masculino	
Feminino	

2. Idade

18-24	
25-34	
35-44	
45-54	
55-64	
+64	

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) participante:_____

Anexo A

3. Estado civil

Solteiro/a	
Casado/a	
União de facto	
Divorciado/a	
Viúvo/a	

4. Nacionalidade

Portuguesa	
Outra	

5. Grau de instrução

Analfabetismo	
1º Ciclo	
2º Ciclo	
3ºCiclo	
Ensino Secundário	
Frequência universitária	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) participante:_____

Anexo A **Em relação às afirmações seguintes escolha uma das pontuações:**

1 – *Concordo inteiramente* **2 – *Concordo*** **3 – *Discordo*** **4 – *Discordo inteiramente*** **5 – *Não Aplicável (NA)***	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4.1 Este AVC provocou transtornos consideráveis na minha família.					
4.2 No início do meu AVC, ninguém sabia que atitude ter comigo.					
4.3 Este AVC foi uma causa para o afastamento da família.					
4.4 Este AVC provocou transtornos consideráveis no casal.					
4.5 Pensei separar-me do meu (minha) cônjuge ou divorciar-me.					
4.6 Este AVC reforçou as minhas relações com a minha família.					
4.7 Quando se tem AVC, sentimo-nos desvalorizados.					
4.8 A minha personalidade mudou completamente depois do AVC.					
4.9 Depois do AVC, tenho um pouco de vergonha de estar com os meus amigos.					
4.10 Depois do meu AVC, não gosto de ficar muito tempo sozinho(a).					
4.11 Tive muitas manifestações de simpatia de amigos e de conhecidos.					
4.12 As relações com os meus amigos mantiveram-se e até se reforçaram.					
4.13 Perdi muitos amigos.					
4.14 Os meus amigos ficam desconfortáveis por causa da minha incapacidade.					
4.15 A vida social decorre como antes.					
4.16 As pessoas apercebem-se muito depressa da minha incapacidade.					
4.17 Receio das festas de família.					
4.18 Não pensei possuir tantos recursos em mim próprio.					
4.19 Foi no plano emocional que me senti mais afetado					

Assinatura da(o) participante: _____ Data: (datada pela(o) participante:_____

Anexo A

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Situação Sócio-Económica e Profissional da Pessoa que Sofreu AVC

Se sim, quais: (várias respostas possíveis)

1.Mudança de cargo	
2.Mudança de emprego	
3.Invalidez	
4.Reforma antecipada	
5.Baixa por doença	
6.Tempo parcial	
7.Dois empregos	
8.Outro	

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) participante:_____

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Anexo B

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Introdução

Como investigadora responsável por esta investigação da Universidade Lusíada de Lisboa, vou convidá-la(o) a participar num estudo.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação, assim como o que ela vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Objetivo do estudo: O objetivo deste estudo é avaliar o impacto do AVC na QVC.

Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo? Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com idades compreendidas entre os 18 anos e os 64 anos ou mais anos que sejam clinicamente acompanhados no Hospital de Vila Franca de Xira.

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) participante:_____

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Anexo B

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Participação: A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificação.

A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que dados recolhidos neste estudo, que não a identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

Resultados do estudo: Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado, que estará disponível mais tarde na Universidade Lusíada de Lisboa e no Hospital de Vila Franca de Xira.

Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório. Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado.

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) participante:_____

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Anexo C

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este documento confirmo o seguinte: Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação. Consinto em participar neste estudo e na divulgação dos dados como descrito na Folha de informação ao participante.

Nome da(o) participante:

_____

Assinatura da(o) participante:

_____

Data: (datada pela(o) participante: _____

Se o participante estiver impedido de assinar:

Assinatura da(o) Investigador(a):

_____

Data: _____2020/2021

Universidade Lusíada de Lisboa 2020/2021