



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Eloísa da Fonseca Domingues

**Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em
pacientes que sofreram acidente vascular cerebral**

Botucatu

2021

Eloísa da Fonseca Domingues

**Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes
que sofreram acidente vascular cerebral**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Popim

Co-orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertencello Fontes

Co-Orientadora: Prof. Dra. Cristiane Lara Mendes Chiloff

Botucatu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Domingues, Eloísa Fonseca.

Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral / Eloísa Fonseca Domingues. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Célia Popim

Coorientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Coorientador: Cristiane Lara Mendes Chiloff

Capes: 40000001

1. Acidente vascular cerebral - Pacientes. 2. Depressão mental. 3. Qualidade de vida. 4. Cognição.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral; Cognição; Depressão; Qualidade de vida.

Eloísa da Fonseca Domingues

**Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes
que sofreram acidente vascular cerebral**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Popim

Co-Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Co-Orientador: Prof. Dra. Cristiane Lara Mendes Chiloff

Comissão examinadora:

Profa. Dra. Regina Célia Popim
Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”

Profa. Dra. Elenice Bertanha Consonni
Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”

Profa. Dra. Danusa de Almeida Machado
Universidade Anhembi Morumbi

Botucatu, 20 de setembro de 2021.

*À memória de minha irmã Milene, que
despediu-se da vida ao longo da realização deste sonho, por
tudo que me ensinou*

Agradecimientos

Caros leitores, esta dissertação é a realização de um sonho e projeto de vida. Me rendeu muitos aprendizados. Cresci muito enquanto psicóloga, pesquisadora, e principalmente como pessoa. Saio outra desta experiência. Este trabalho é a realização de algo que em muitos momentos julguei impossível. Gratidão a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que tudo isso se tornasse possível.

De modo muitíssimo especial, sou grata:

A **Deus**, por Seu amor, cuidado e proteção desde o ventre de minha mãe, por ter me conduzido até aqui. As coisas que não foram vistas ou ouvidas e nem mesmo subiram ao coração, são essas que o Senhor prepara para os Seus escolhidos.

Ao **Ederson Canutto Teixeira**, meu grande amor e grande amigo, por acompanhar esta jornada desde o início, compreender minhas buscas e me apoiar na realização dos meus sonhos.

À **Mariana Vieira Ligo**, minha analista, por tudo que sou hoje e ainda serei nesta vida. Por tantos renascimentos.

À **Regina Popim**, por toda orientação ao longo deste trabalho e por permitir com que eu descobrisse o quanto sou capaz enquanto pesquisadora.

À **Cassiana Fontes**, por ter segurado este sonho nas mãos, quando eu pensei deixá-lo, pela orientação sempre precisa e objetiva.

À **Cristiane Chiloff**, por toda contribuição, da escrita do projeto à finalização do trabalho.

À **Flavia Padovani**, por toda ajuda e colaboração tão preciosas. Sempre feitas de forma generosa e cuidadosa.

Ao **Rogério Carvalho Oliveira**, por toda colaboração e direcionamentos.

À **Eloísa Elena Paschoalinotte**, pelas infinitas análises estatísticas.

Ao **César Eduardo Guimarães**, por sempre me socorrer durante toda a trajetória do mestrado.

Ao **Rodrigo Bazan**, chefe do ambulatório de neurovascular, por ter favorecido a realização deste sonho, através da minha entrada no ambulatório, para contribuir e pesquisar.

À **Laudilene Rebello**, pela ponte entre mim e o programa de mestrado em enfermagem.

À **Veridiana Souza**, pela valiosa colaboração.

À **Mariela Lombardo**, por toda a disponibilidade e carinho.

Ao **Pasqual Barreti**, por estar sempre pronto a ajudar.

À **Michele Clarindo**, secretária do Comitê de ética em pesquisa, por todo auxílio.

À **Cínthia Scolástico e Fernanda Minicucci**, funcionárias do Escritório de Apoio à pesquisa, por me auxiliarem em dias difíceis.

À **Maria Antonieta Carvalhaes (Neneca)**, por ser tão justa e cuidadosa no momento em que mais precisei.

Às queridas professoras, **Danusa de Almeida Machado** e **Elenice Bertanha Consonni**, por todos os ensinamentos, trajetória e presença tão honrosa na banca de defesa.

Aos meus pais **Maria Ângela Fonseca e Domingos Domingues**, por me fazerem forte e independente.

Ao meu irmão **Ronaldo Domingues** e cunhada **Bruna Sbegui**, por sempre acreditarem no meu potencial e me encorajarem a realizar meus sonhos.

Aos meus sobrinhos, **Kerolaine** e **Pedro Lucas Domingues**, por semearem vida em meu coração diariamente.

À **Michelly Alves**, amiga que o mestrado me trouxe, por toda parceria nesta empreitada, pelo colo, ajuda e cumplicidade.

À **Dárida Angulski**, minha amiga, por ter acompanhado este sonho e suas intempéries.

Ao **Serviço de Apoio Psicológico ao Estudante (SEAPES)**, pelo incentivo e liberação para as aulas do mestrado.

Aos **pacientes** do ambulatório de neurovascular e seus cuidadores, por me entregarem honrosamente suas histórias e intimidades.

“O Senhor é o meu rochedo, e o meu lugar forte, e o meu libertador; o meu Deus, a minha fortaleza, em quem confio; o meu escudo, a força da minha salvação, e o meu alto refúgio.” (Salmos 18:2)

“Como posso perder a fé na justiça da vida, se os sonhos dos homens que dormem em colchão de penas não são mais bonitos que os sonhos dos homens que dormem no chão.”

Fiódor M. Dostoiévski

RESUMO

DOMINGUES, E. F. **Função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral.** 2021. 79f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) trata-se de uma alteração neurológica aguda, que acontece devido à interrupção do fluxo sanguíneo no encéfalo. Quando há uma obstrução de uma veia, o AVC é denominado como isquêmico. Quando ocorre o rompimento dos vasos, caracteriza-se como hemorrágico, pode ocasionar lesões no tecido cerebral e mortalidade. **Objetivos:** Avaliar a relação entre sintomas depressivos, função cognitiva e qualidade de vida em pacientes adultos que sofreram AVC. **Método:** Trata-se de um estudo transversal. Foram incluídos sobreviventes de AVC com mais de 18 anos e realizavam acompanhamento no ambulatório de neurovascular. Foram excluídos aqueles que possuíam condições de comunicação e compreensão prejudicadas e com demência. Os pacientes foram avaliados através dos instrumentos Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Inventário de depressão de Beck (BDI), Escala de qualidade de vida específica para Acidente Vascular Encefálico (EQVE-AVE), além de informações sociodemográficas e clínicas. Para as variáveis contínuas e os escores de cada desfecho foi realizada a Correlação de Person. Para verificar os efeitos que influenciaram em cada desfecho foi realizado uma Regressão Logística univariada e em seguida, de acordo com a Regressão Logística Univariada foi ajustado Modelo de Regressão Logística para cada desfecho. Considerou-se $p < 0,05$ como nível de significância. **Resultados:** foram avaliados 100 sobreviventes do AVC. A maioria dos pacientes não apresentou comprometimento cognitivo (62%), possuía sintomas depressivos mínimos e leves (70%), pouco ou nenhum prejuízo na QV (73%). Verificou-se uma correlação inversamente proporcional $R = -0,64959$ entre os sintomas depressivos e a qualidade de vida. Através da análise univariada por regressão logística verificou-se que a variável escolaridade $P < 0,0042$ foi preditora independente do desfecho função cognitiva. As variáveis idade $P < 0,0264$ e qualidade de vida $P < 0,0001$ foram preditora independentes do desfecho sintomas depressivos. A variável sintomas depressivos $P < 0,0001$ foi preditora independente do desfecho qualidade de vida. **Conclusão:** O psicólogo é fundamental junto às equipes multidisciplinares que dedicam-se ao cuidado de pacientes vítimas de AVC e suas fragilidades, no sentido de prevenir, identificar e traçar estratégias de cuidado e intervenção adequadas à população estudada.

Palavras-Chave: Sintomas depressivos; Função cognitiva; Qualidade de vida; Acidente vascular cerebral.

ABSTRACT

DOMINGUES, E. F. **Cognitive function, depressive symptoms and quality of life in patients who suffered stroke.** 2021. 79f. Dissertation (Master) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Introduction: Stroke is an acute neurological disorder, which occurs due to interruption of blood flow in the brain. When there is an obstruction of a vein, stroke is termed as ischemic. When vessel rupture occurs, it is characterized as hemorrhagic, it can cause brain tissue damage and mortality. **Objectives:** To evaluate the relationship between depressive symptoms, cognitive function and quality of life in patients who suffered stroke. **Method:** This is a cross-sectional study. Stroke survivors older than 18 years of age were included and were monitored at the neurovascular outpatient clinic. Those with impaired communication and comprehension and dementia were excluded. Patients were evaluated using the Mini-Mental State Examination (MSD), Beck Depression Inventory (BDI), Specific Quality of Life for Stroke (EQVE-Stroke) instruments, as well as sociodemographic and clinical information. For the continuous variables and scores of each outcome, the Person Correlation was performed. To verify the effects that influenced each outcome, a univariate Logistic Regression was performed and then, according to the Univariate Logistic Regression, a Logistic Regression Model was adjusted for each outcome. $P < 0.05$ was considered as a significance level. **Results:** 100 stroke survivors were evaluated. Most patients did not present cognitive impairment (62%), had minimal and mild depressive symptoms (70%), little or no impairment in Qol (73%). There was an inversely proportional correlation $R = -0.64959$ between depressive symptoms and quality of life. Through the univariate analysis by logistic regression, it was verified that the variable schooling $P < 0.0042$ was an independent predictor of the cognitive function outcome. The variables age $P < 0.0264$ and quality of life $P < 0.0001$ were independent predictors of the outcome depressive symptoms. The variable depressive symptoms $P < 0.0001$ was an independent predictor of the outcome quality of life. **Conclusion:** The psychologist is fundamental with the multidisciplinary teams dedicated to the care of stroke victims and their frailties, in order to prevent, identify and outline care strategies and interventions appropriate to the population studied.

Keywords: Depressive symptoms; Cognitive function; Quality of life; Stroke.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| Tabela 1 - | Perfil dos pacientes segundo características sociodemográficas. Botucatu, SP, Brasil, 2019..... | 30 |
| Tabela 2 - | Perfil dos pacientes segundo características clínicas. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 31 |
| Tabela 3 - | Distribuição dos pacientes nas análises de cada desfecho. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 32 |
| Tabela 4 - | Associações entre a função cognitiva com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 32 |
| Tabela 5 - | Associações entre os sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 34 |
| Tabela 6 - | Associações entre a qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Botucatu, Brasil - 2019..... | 36 |
| Tabela 7 - | Valores totais do tempo do evento, tempo de internação e pontuações nas escalas MEEM, BDI e EQVE-AVE. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 38 |
| Tabela 8 - | Variáveis analisadas para qualidade de vida (EQVE-AVE). Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 39 |
| Tabela 9 - | Correlação de Pearson entre sintomas depressivos e qualidade de vida. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 39 |
| Tabela 10 - | Correlação de Pearson entre sintomas depressivos e a função cognitiva. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 40 |
| Tabela 11 - | Correlação de Pearson entre função cognitiva e qualidade de vida. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 40 |
| Tabela 12 - | Regressão logística univariada da função cognitiva. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 40 |
| Tabela 13 - | Regressão logística univariada dos sintomas depressivos. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | 42 |
| Tabela 14 | Regressão logística univariada da qualidade de vida. Botucatu, SP, | 44 |

| | | |
|------------------|--|-----------|
| - | Brasil - 2019..... | |
| Tabela 15 | Correlação de Pearson da função cognitiva. Botucatu, SP, Brasil - 2019.. | |
| - | | 46 |
| Tabela 16 | Correlação de Pearson dos sintomas depressivos. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | |
| - | | 47 |
| Tabela 17 | Correlação de Pearson da qualidade de vida. Botucatu, SP, Brasil - 2019. | |
| - | | 47 |
| Tabela 18 | Análise univariada por regressão logística do desfecho função cognitiva. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | |
| - | | 48 |
| Tabela 19 | Análise univariada por regressão logística do desfecho sintomas depressivos. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | |
| - | | 48 |
| Tabela 20 | Análise univariada por regressão logística do desfecho qualidade de vida. Botucatu, SP, Brasil - 2019..... | |
| - | | 49 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| HCFMB | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu |
| MEEM | Mini-Exame do Estado Mental |
| BDI | Inventário de Depressão de Beck |
| EQVE-AVE | Escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico |
| AVCi | Acidente vascular cerebral isquêmico |
| AVCh | Acidente vascular cerebral hemorrágico |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.1 | Contextualização..... | 16 |
| 1.2 | Acidente vascular cerebral..... | 17 |
| 1.3 | Sintomas depressivos..... | 18 |
| 1.4 | Função cognitiva..... | 19 |
| 1.5 | Qualidade de vida..... | 20 |
| 1.6 | Justificativa do estudo..... | 20 |
| 1.7 | Hipótese..... | 20 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 22 |
| 2.1 | Objetivos específicos..... | 22 |
| 3 | MÉTODOS..... | 24 |
| 3.1 | Desenho do estudo..... | 24 |
| 3.2 | Delimitação da amostra..... | 24 |
| 3.3 | Critérios de inclusão..... | 24 |
| 3.4 | Critérios de exclusão..... | 24 |
| 3.5 | Procedimento de coleta de dados..... | 24 |
| 3.6 | Desenho do estudo..... | 25 |
| 3.7 | Período de realização..... | 25 |
| 3.8 | Instrumentos utilizados para obtenção dos dados..... | 25 |
| 3.8.1 | MEEM..... | 25 |
| 3.8.2 | BDI..... | 26 |
| 3.8.3 | EQVE-AVE..... | 26 |
| 3.9 | Procedimentos éticos..... | 27 |
| 3.10 | Análise de dados..... | 27 |
| 3.11 | Cronograma..... | 27 |
| 4 | RESULTADOS..... | 30 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 51 |
| 5.1 | Aspectos sociodemográficos e clínicos..... | 51 |
| 5.2 | Função cognitiva..... | 52 |
| 5.3 | Sintomas depressivos..... | 54 |
| 5.4 | Qualidade de vida..... | 57 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.5 | Considerações..... | 58 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 61 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 62 |
| | ANEXOS..... | 67 |

***I**ntrodução*

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Esta dissertação, que tem como foco os pacientes pós-AVC, é fruto da parceria acadêmica entre a Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). O desejo em desenvolver um estudo junto aos pacientes que sofreram AVC aconteceu em 2017, quando cursei aprimoramento profissional no HCFMB e realizei interconsultas psicológicas na Unidade de AVC do HCFMB. Durante aqueles atendimentos pude identificar o sofrimento presente diante do evento, em decorrência das perdas e sequelas apresentadas pelos pacientes, bem como a importância da atuação do psicólogo naquele contexto.

Nasceu, então, o desejo de estudar e pesquisar na área, com o objetivo de oferecer melhor e maior cuidado aos pacientes e seus cuidadores.

Com a ajuda da psicóloga e professora Dra Cristiane Lara Mendes Chiloff, uma revisão integrativa foi realizada, e verificamos que até aquele momento não havia nenhum estudo que havia mensurado a prevalência de sintomas depressivos nos pacientes que haviam sofrido AVC e mantinham seguimento nos ambulatórios do HCFMB.

Nasce, então, o desejo de cursar o mestrado acadêmico com o objetivo de avaliar a presença de sintomas depressivos nos pacientes que realizavam acompanhamento no Ambulatório de neurovascular, considerando que todos os pacientes que haviam sido hospitalizados na Unidade de AVC do HCFMB eram encaminhados para realização de acompanhamento no referido ambulatório.

O projeto foi escrito e desenvolvido com a orientação da professora e enfermeira Dra Regina Célia Popim, e coorientação da professora e enfermeira Dra Cassiana Mendes Bertencello Fontes e da psicóloga e professora Dra Cristiane Lara Mendes Chiloff.

Tínhamos como hipótese que prejuízos na qualidade de vida e na função cognitiva poderiam associar-se aos sintomas depressivos desenvolvidos pelos pacientes que haviam sofrido AVC hemorrágico ou AVC isquêmico.

Em 2018, fui aprovada no mestrado acadêmico do programa de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu. Em 2019, as avaliações tiveram início e encerraram-se em 2020.

Sendo assim, a introdução está estruturada da seguinte forma: Acidente vascular cerebral, sintomas depressivos função cognitiva, qualidade de vida, justificativa e hipótese. Após a introdução, apresentaremos a hipótese, objetivos, método, resultado, discussão e

conclusão.

1.2 Acidente vascular cerebral

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente configuram a principal causadora de morte e incapacidade, são responsáveis por 70% das mortes anuais no mundo, cerca de 38 milhões de óbitos. Os impactos na qualidade de vida, e custos para os setores de Saúde também são grandes, estima-se sete trilhões de dólares até 2025. No Brasil, 70% dos gastos na área da saúde são direcionados às DCNT. As populações de baixa renda acabam sendo as mais afetadas, por terem menos acesso aos serviços de saúde e estarem mais expostas aos fatores de risco, que podem ser mutáveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, hiperlipidemias, sedentarismo, estenose carótida assintomática, ataques isquêmicos transitórios, fibrilação arterial e outras doenças cardíacas), não mutáveis (faixa etária, sexo, raça, etnia e genética) ou isolados (álcool, anticorpo antifosfolípido, homocisteína elevada, processos inflamatórios e infecciosos) (CARVALHO; DEODATO, 2016; MALTA et al., 2017; BAPTISTA et al., 2018; ARAUJO et al., 2019; COSTA et al., 2020).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), são os quadros mais associados ao surgimento das doenças do sistema circulatório. Ambas têm início assintomático e trazem grande risco à saúde, gerando incapacitação e morte (SOEIRO et al., 2019).

Dentre as doenças do sistema circulatório, destaca-se o AVC, que é a maior causa de morte no Brasil, acomete 16,9 milhões de pessoas ao redor do mundo (PEDRA et al., 2020). O AVC trata-se de uma alteração neurológica aguda, que acontece devido à interrupção do fluxo sanguíneo no cérebro, acarretando uma série de prejuízos ao sujeito que sofreu o evento. Atualmente, no continente europeu mais de um milhão de pessoas têm um AVC ao ano, já em 2025 acredita-se que 1,5 milhão de europeus sofrerão um AVC (DUARTE et al., 2019).

O AVC pode ocasionar lesões no tecido cerebral e mortalidade. Quando há uma obstrução de uma veia, o AVC é denominado como isquêmico. Quando ocorre o rompimento dos vasos, caracteriza-se como hemorrágico. Todos os sinais clínicos presentes no quadro estão associados à localização, tamanho e irrigação da lesão sofrida. A forma isquêmica ocorre com mais frequência e apresenta melhor prognóstico, cerca de 80% dos casos, quando comparado ao AVC hemorrágico, que comumente apresenta piores desfechos e tem uma incidência menor (RAMOS et al., 2020).

O diagnóstico pode ser realizado por meio do histórico do paciente, exame clínico ou de imagem, entre outros recursos disponíveis que permitam a identificação da possível área

lesada. No que diz respeito às manifestações clínicas, pode-se observar a presença de comprometimento cognitivo e da linguagem, assim como do equilíbrio e da marcha. Funções sensitivas e motoras também sofrem prejuízo. A gravidade das lesões no tecido cerebral e sua localização irão determinar o grau das sequelas após o evento, são elas: alterações nos níveis de atenção, evocação da memória, capacidade de aprendizagem, planejamento, resolução de problemas, negligência unilateral e déficit viso-espacial (MARQUES et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; SCHIMIDT et al., 2019).

O tratamento e a reabilitação destinados às pessoas vítimas do AVC têm como proposta terapêutica restabelecer as áreas afetadas e irão depender da especificidade de cada caso, visando melhorar qualidade de vida. O paciente deve ser assistido e tratado por uma equipe multiprofissional (MIRANDA; COSTA, 2018).

1.3 Sintomas depressivos

Os pacientes que sofrem o evento necessitam de reabilitação contínua e progressiva, para que a recuperação ocorra não só nos aspectos voltados à funcionalidade, mas também no que se refere à dinâmica familiar, interação comunitária, papéis sócias e demais aspectos que abrangem a qualidade de vida do sujeito (CANUTO et al., 2016).

As diversas mudanças e alterações no padrão de funcionamento decorrentes do adoecimento podem ocasionar dificuldades de ordem emocional, social, financeira, sexual e familiar. A presença de limitações e a perda da autonomia em muitos quadros patológicos tendem a impactar significativamente a qualidade de vida do sujeito e ser fonte de grande sofrimento emocional, normalmente associado às necessárias mudanças no estilo de vida e emprego de novos recursos de enfrentamento (NUNES et al., 2017; SCHIMIDT et al., 2019).

Assim sendo, inúmeras sensações e sentimentos são assinalados pelos pacientes, tais como: raiva, frustração, tristeza, destaca-se a presença de distúrbios do sono e da alimentação, isolamento social, cansaço, desmotivação, apatia, desesperança e ideias suicidas que são experimentados pelos pacientes. O medo do convívio com demais pessoas e/ou ansiedade generalizada pós traumática ou que não possuem desencadeantes e sintomas depressivos também podem estar presentes (SANTOS et al., 2015; REIS et al., 2017; MULLER, 2018).

No que diz respeito aos sintomas depressivos, eles podem surgir em diferentes quadros clínicos ou como resultado de situações adversas, não representam um diagnóstico de depressão propriamente dito, mas são sintomas clinicamente relevantes. Os indivíduos costumam apresentar entristecimento, raiva, anedonia, apatia, alterações do sono e do apetite, fraqueza,

tonturas, taquicardia, alterações no trato gastrointestinal, dispnéia, cefaléia, dores articulares e musculares, assim como comprometimento da cognição e da psicomotricidade (BARROS, 2017; GONÇALVES et al., 2018).

Assim sendo, são considerados um dos maiores preditores QV em pacientes que sofreram AVC, também estão associados ao aumento de incapacidades, aumento mortalidade, quedas e pior reabilitação e de comprometimento cognitivo.

1.4 Função cognitiva

Por cognição compreendem-se todas as funções ligadas à percepção, à aquisição de conhecimento, bem como dos processos mentais do ser humano, compreendendo as manifestações de linguagem, atenção, memória, raciocínio, coordenação motora, planificação, execução e percepção. Considera-se que o sujeito apresenta comprometimento cognitivo quando demonstra determinado grau de perda das funções básicas da cognição em comparação com indivíduos que possuem a mesma idade (RIBEIRO FILHO, 2008; LACERDA, 2013; CLEMENTE; MATTA, 2014).

As doenças cerebrovasculares causam lesões vasculares no tecido cerebral, que podem ocasionar o comprometimento das funções cognitivas dos indivíduos acometidos. A ocorrência do comprometimento cognitivo pode acontecer devido a um evento recente e sintomático, ou assintomático, que poderá ser identificado por meio de exames de imagem ou autópsia (CUSTÓDIO et al., 2017).

O nível de comprometimento cognitivo pós-AVC dependerá da característica e localização da lesão e também da idade, sexo e presença de comorbidades. Nos três primeiros meses após o evento, cerca de 35% dos pacientes irá demonstrar algum grau de comprometimento cognitivo, que pode estender-se até três anos depois (PANTONI; PHILIP, 2011; WONG et al., 2015; LEÃO et al., 2019).

O declínio cognitivo estará associado com prejuízo da funcionalidade e pior reabilitação, desse modo, a realização de testes de rastreio para a identificação de comprometimento cognitivo é necessária, de modo a contribuir para a tomada de decisão nas etapas do tratamento, visando a melhora do paciente em todas as áreas de sua vida (BOUR et al., 2010; DANTAS et al., 2014).

1.5 Qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida como a percepção que cada

sujeito tem de sua própria condição de vida, objetivos, expectativas e preocupações sendo pertencente a uma cultura e possuidor de valores (WHO, 2016).

O conceito de QV é multidimensional e relaciona-se à condição física e psíquica do indivíduo, nível de independência, crenças, e relação estabelecida com a sociedade (ENGEL et al., 2016).

No que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde, refere-se à compreensão que cada pessoa terá frente ao adoecimento, no tange aos impactos que determinada condição de saúde e tratamento acarretará em sua vida (CRUZ, 2019).

Sendo assim, as perdas e sequelas advindas do AVC podem impactar a vida do paciente em todas as suas esferas. Alterações neurológicas, motoras e na sensibilidade são identificadas, assim como dificuldades na marcha e equilíbrio. Afasia, perda da força muscular, propriocepção, função cognitiva e emocional também podem sofrer prejuízos, entre tantos outros (LIMA et al., 2016; MARQUES, 2019).

1.6 Justificativa do estudo

Assim se faz necessário avaliar a função cognitiva, presença de sintomas depressivos e possíveis prejuízos na qualidade de vida em decorrência do AVC para incrementar as ações de psicologia e da equipe multidisciplinar na instituição.

Obter melhores resultados possíveis em relação aos pacientes que sofreram AVC pode colaborar com a análise e efetividade das ações implementadas, cooperar com o processo de trabalho da equipe multiprofissional e de psicologia, além de estimular futuros estudos e gerar perguntas de pesquisa relacionadas ao tema.

1.7 Hipótese

A hipótese do presente estudo foi que em decorrência das sequelas do AVC os pacientes poderiam apresentar níveis importantes de sintomas depressivos, prejuízo na QV e comprometimento cognitivo. Esperava-se também que ocorresse associação entre as variáveis referidas.

Objetivos

2 OBJETIVO

Avaliar a relação entre sintomas depressivos, função cognitiva e qualidade de vida em pacientes adultos que sofreram AVC e são atendidos em um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo, referência para tratamento em fase aguda.

2.1 Objetivos específicos

Avaliar os pacientes pós-AVC nos seguintes aspectos:

- Caracterização das variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Aspectos psicológicos (sintomas depressivos e função cognitiva);
- Qualidade de vida;
- Relacionar as associações entre as variáveis.

Métodos

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes adultos atendidos e em acompanhamento no ambulatório de Neurovascular do HCFMB.

3.2 Delimitação da amostra

Foram selecionados para o estudo 100 pacientes que sofreram AVC, que foram assistidos na Unidade de AVC do HCFMB e que compareceram aos retornos para avaliação ambulatorial.

Semestralmente são atendidos em media 150 pacientes na Unidade de AVC do HCFMB, e referenciados para atendimento no Ambulatório de Neurovascular. Assim sendo, calculou-se o tamanho amostral de N= 96 pacientes com uma prevalência de 50%, e margem de erro de 5% e 95% de confiança.

3.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão de pacientes na amostra do estudo foram:

- Possuir idade igual ou maior que 18 anos;
- Ter sido acometido por qualquer tipo de AVC, e ter sido hospitalizado na Unidade de AVC do HCFMB;
- O paciente deveria estar em acompanhamento no ambulatório Neurovascular do HCFMB.

3.4 Critérios de exclusão

- Comprometimento das condições de comunicação e compreensão;
- Possuir diagnóstico médico de demência.

3.5 Procedimento de coleta dos dados

As avaliações foram realizadas pela pesquisadora no momento do retorno dos pacientes

para avaliação ambulatorial, às quintas-feiras, no período vespertino no Ambulatório de Neurovascular, em uma sala privativa e durava em média 20 minutos.

A pesquisadora teve acesso aos pacientes que aguardavam a consulta médica na sala de espera. Os pacientes eram abordados e a pesquisadora falava a respeito do estudo que estava realizando, posteriormente perguntava se o paciente gostaria de participar da pesquisa.

Aqueles que concordaram em participar eram dirigidos a uma sala de atendimento privativa para realização das avaliações.

3.6 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, na dimensão temporal e delineamento transversal, realizado com pacientes adultos, que sofreram acidente vascular, foram atendidos e estavam em acompanhamento no ambulatório de Neurovascular do HCFMB.

3.7 Período de realização

A coleta de dados ocorreu entre 5 de setembro de 2019 a 5 de março de 2020.

3.8 Instrumentos utilizados para obtenção dos dados

Foram aplicados formulários específicos para a presente pesquisa, destinados à obtenção de dados relativos às variáveis sócio-demográficas e clínicas.

As informações para preenchimento desse formulário foram obtidas diretamente com o paciente ou extraídas do prontuário eletrônico.

Para coleta dos dados referentes à qualidade de vida dos participantes e sintomas depressivos foram utilizados instrumentos padronizados.

3.8.1 MEEM

O MEEM foi desenvolvido por Folstein e Mchugh em 1975 com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas. No Brasil o teste foi traduzido por Bertolucci et al. (1994) é formado por várias questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata; atenção e cálculo, memória remota; linguagem e capacidade construtiva visual.

O total de pontos pode variar de 0 a 30. Os pontos de corte são diferenciados de acordo com os níveis de escolaridade dos sujeitos, sendo: para analfabetos, 20; para idade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 (BRUCKI et al., 2003).

3.8.2 BDI

O BDI foi desenvolvido por Beck e demais colaboradores em 1961, objetivando avaliar níveis de depressão. Os itens presentes no instrumento são resultado da observação clínica de pacientes deprimidos em processo psicoterápico. Posteriormente, os principais sintomas associados ao quadro depressivo foram elencados e associados com critérios diagnósticos do DSM II.

Contém 21 categorias de sintomas, que descreve manifestações afetivas, cognitivas e somáticas presentes nos quadros depressivos. São avaliados o humor, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, auto-punição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e libido. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais, o que permite a classificação de níveis de intensidade da depressão. A classificação da intensidade da depressão, de acordo com os escores da BDI versão em português (CUNHA 2001) é: Mínimo (0 a 11); Leve (12 a 19); Moderado (20 a 35); Grave (36 a 63).

3.8.3 EQVE-AVE

O EQVE-AVE é um instrumento que tem por finalidade de medir a qualidade de vida de indivíduos que sofreram um AVC. Foi desenvolvido por Williams et al., em 1999, e adaptada para a população brasileira por Lima et al., em 2008.

A escala contém 49 itens, que são organizados em 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/productividade).

Em cada item há cinco opções de respostas, sendo a pontuação mínima igual a 49, que indica maior dependência e dificuldade nas tarefas diárias e máxima igual a 245, que evidencia melhor percepção de qualidade de vida.

3.9 Procedimentos éticos

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer consubstanciado nº 3.242.332 de data 03 de Abril de 2019, iniciou-se a coleta de dados. Todas as avaliações foram realizadas pela pesquisadora. Todas pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto passou por nova avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, devido à emenda realizada, em consequência da alteração dos objetivos do estudo. Recebeu nova aprovação através do parecer consubstanciado nº 4. 963. 243, no dia 10 de setembro de 2021.

3.10 Análise de dados

Foi realizada uma estatística descritiva dos dados com frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas e média, mediana, desvio padrão e valores de mínimo e de máximo para as variáveis quantitativas.

Para verificar a associação das variáveis categorizadas com os desfechos (classificação de BDI, classificação de MEEM e classificação de qualidade de vida) foi realizado um Teste Qui quadrado ou Exato de Fisher quando necessário. Já para as variáveis contínuas e os escores de cada desfecho foi realizada a Correlação de Person.

Para verificar os efeitos que influenciaram em cada desfecho foi realizado uma Regressão Logística univariada e em seguida, de acordo com a Regressão Logística Univariada foi ajustado Modelo de Regressão Logística para cada Desfecho.

Considerou-se $p < 0,05$ como nível de significância. O programa utilizado para realizar as análises foi o programa SAS, versão 9.4.

3.11 Cronograma

| 2019 | Atividades |
|-----------------------|---|
| | Inserir projeto Plataforma Brasil; Encaminhamento para o CEP da FMB-UNESP; Envio Agência de Fomento à Pesquisa- FAPESP. |
| Março - Maio | Revisão Bibliográfica nas bases de dados Cursar disciplinas Início coleta de dados |
| Junho - Agosto | Cursar disciplinas |

Coleta de dados
Setembro-Dezembro Cursar disciplinas

| 2020 | Atividades |
|------|------------|
|------|------------|

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Março - Maio | Finalizar coleta de dados |
| | Apresentação de resultados parciais |
| | Cursar disciplinas |
| | Análise de dados |
| Junho - Agosto | Discussão Resultados |

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Junho - Agosto | Cursar disciplinas |
| | Análise de dados |

Setembro-Dezembro Discussão Resultados

| 2021 | Atividades |
|------|------------|
|------|------------|

| | |
|----------------------|---|
| Março - Abril | Elaboração de artigo de Revisão Integrativa |
| | Apresentação à banca para Exame de Qualificação |
| | Atualização da literatura |
| | Resultados finais/ Discussão dos Resultados |
| Maio - Julho | Conclusão/Considerações Finais |

| | |
|---------------------|---|
| Maio - Julho | Entrega do relatório final |
| | Formatação de um artigo com os resultados da pesquisa |
| Agosto | Apresentação da dissertação à banca examinadora |

| | |
|---------------|---|
| Agosto | Encaminhamento do artigo para revista com os resultados finais e conclusão após as sugestões da Banca |
|---------------|---|

Resultados

4 RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre sintomas depressivos, função cognitiva e qualidade de vida em pacientes que sofreram AVC.

Sendo assim, serão apresentados os dados obtidos nas avaliações, ou seja, a caracterização de amostra de pacientes que sofreram AVC, segundo os critérios descritos (N=100). As porcentagens das diferentes categorias devem ser lidas na linha.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes segundo características sociodemográficas - Botucatu,SP - Brasil, 2019

| Variáveis | N (100) | % |
|-----------------------------|---------|------|
| SEXO | | |
| Masculino | 54 | 54 |
| Feminino | 46 | 46 |
| IDADE | | |
| 18 - 29 | 3 | 3 |
| 30 - 49 | 25 | 25 |
| 50 - 69 | 39 | 39 |
| 70 | 33 | 33 |
| ESCOLARIDADE | | |
| Baixa | 42 | 42 |
| Média | 46 | 46 |
| Alta | 12 | 12 |
| RENDA | | |
| < 1 salário mínimo | 14 | 14 |
| 1 - 2 salários mínimos | 43 | 43 |
| 2 ou > salários mínimos | 43 | 43 |
| OCUPAÇÃO | | |
| Possui vínculo empregatício | 21 | 21,8 |
| Desempregado | 14 | 14,5 |
| Aposentado | 61 | 63,5 |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR | | |
| Mora sozinho | 11 | 11 |
| Acompanhado | 89 | 89 |
| REDE DE APOIO | | |
| Ruim | 13 | 13 |
| Bom | 87 | 87 |

Predominaram pessoas do sexo masculino (54%). A maioria das pessoas tinha mais de 50 anos, sendo 72% da amostra total. A maior parte possuía no máximo 4 anos de escolaridade,

sendo 42% da amostra. Apenas 14% das pessoas tinha renda inferior a um salário mínimo. A grande maioria dos participantes recebia aposentadoria, sendo 63,5% da amostra. A maior parte dos pessoas moravam com algum familiar ou cuidador, representando 89% da amostra. A maioria dos entrevistados referia possuir uma boa rede de apoio, representando 87%.

A tabela 2 apresenta as principais características clínicas dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Perfil dos pacientes segundo características clínicas - Botucatu, SP -Brasil, 2019

| Variáveis | N (100) | % |
|---------------------------------------|---------|----|
| NÚMERO DE EVENTOS | | |
| 1 | 85 | 94 |
| 2 | 9 | 9 |
| 3 ou mais | 6 | 6 |
| Tipo de AVC | | |
| Hemorrágico | 12 | 12 |
| Isquêmico | 85 | 85 |
| Dois tipos | 3 | 3 |
| TIPO DE TRATAMENTO | | |
| Conservador | 91 | |
| Trombólise | 9 | 9 |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | |
| Sim | 67 | 67 |
| Não | 33 | 33 |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | |
| Sim | 33 | 33 |
| Não | 67 | 67 |
| DIABETES MELLITUS | | |
| Sim | 31 | 31 |
| Não | 69 | 69 |
| TABAGISMO | | |
| Sim | 11 | 11 |
| Não | 89 | 89 |
| OUTRAS COMORBIDADES | | |
| Sim | 2 | 2 |
| Não | 98 | 98 |

Vê-se na tabela 2 que a grande maioria dos entrevistados havia tido não mais que 1 ou 2 AVC, representando 94%. Nota-se também que grande parte dos pacientes sofreu um AVC isquêmico, sendo 85% do valor total da amostra. No que diz respeito às comorbidades, grande parte das pessoas possuía HAS, sendo 67%. As pessoas que não possuem DM representam a maior parcela da população estudada, sendo 69% da amostra. Quanto ao tabagismo, 89%

das pessoas não possuíam tal hábito. Com relação as outras possíveis comorbidades, 98% das pessoas disseram não possuir.

A tabela 3 traz as pontuações dos pacientes nas escalas utilizadas para avaliar a função cognitiva, sintomas depressivos e QV.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes nas análises de cada desfecho - Botucatu, SP - Brasil, 2019

| Variáveis | N (100) | % |
|-------------------------------|---------|----|
| FUNÇÃO COGNITIVA | | |
| Sem comprometimento cognitivo | 62 | 62 |
| Com comprometimento cognitivo | 38 | 38 |
| SINTOMAS DEPRESSIVOS | | |
| Sintomas mínimos e leves | 70 | 70 |
| Sintomas moderados e graves | 30 | 30 |
| QUALIDADE DE VIDA | | |
| Sem prejuízo | 73 | 73 |
| Com prejuízo | 27 | 27 |

Observa-se que a maioria dos pacientes não apresentou comprometimento cognitivo (62%). Verifica-se que 70% da amostra possuía sintomas depressivos mínimos e leves. De modo semelhante, grande parte dos pacientes sofreu pouco ou nenhum prejuízo na QV (73%).

A tabela 4 traz as associações entre a função cognitiva com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 4 - Associações entre a função cognitiva com as variáveis sociodemográficas e clínicas -Botucatu, SP - Brasil, 2019

| Variáveis | Sem comprometimento N(%) | Com comprometimento N(%) | P valor |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| | | | (Continua) |
| SEXO | | | 0,8427 |
| Masculino | 33 (53,23) | 21 (55,26) | |
| Feminino | 29 (46,77) | 17 (44,74) | |
| IDADE | | | 0,0121 |
| 18 - 29 | 0 (0,0) | 3 (7,89) | |
| 30 - 49 | 12 (19,35) | 13 (34,21) | |
| 50 - 69 | 24 (38,71) | 15 (39,47) | |
| 70 | 26 (41,94) | 7 (18,42) | |

Tabela 4 - Associações entre a função cognitiva com as variáveis sociodemográficas e clínicas -Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continuação)

| Variáveis | Sem comprometimento N(%) | Com comprometimento N(%) | P valor |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| ESCOLARIDADE | | | < 0001 |
| Baixa | 35 (56,45) | 7 (18,42) | |
| Média | 25 (40,32) | 21 (55,26) | |
| Alta | 2 (3,26) | 10 (26,32) | |
| RENDA FAMILIAR | | | 0,0121 |
| < 1 salário mínimo | 12 (39,45) | 2 (5,26) | |
| 1 - 2 salários mínimos | 30 (48,39) | 13 (34,21) | |
| 2 ou > salários mínimos | 20 (32,26) | 23 (60,53) | |
| 1 - 2 salários mínimos | 30 (48,39) | 13 (34,21) | |
| OCUPAÇÃO | | | 0,4850 |
| Possui vínculo empregatício | 11 (18,33) | 10 (27,78) | |
| Desempregado | 10 (16,67) | 4 (11,11) | |
| Aposentado | 39 (65,00) | 22 (61,11) | |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR | | | 0,4372 |
| Mora sozinho | 8 (12,90) | 3 (7,89) | |
| Acompanhado | 54 (87,10) | 35 (92,11) | |
| REDE DE APOIO | | | 0,5161 |
| Bom | 55 (87,71) | 32 (84,21) | |
| Ruim | 7 (11,29) | 6 (15,72) | |
| NÚMERO DE EVENTOS | | | 0,4291 |
| 1 ou 2 | 58 (93,55) | 35 (92,11) | |
| 3 ou mais | 4 (6,45) | 2 (5,26) | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | 0,8403 |
| Sim | 42 (67,74) | 25 (65,79) | |
| Não | 20 (32,26) | 13 (34,21) | |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | 0,8130 |
| Sim | 21 (33,87) | 12 (31,58) | |
| Não | 41 (61,13) | 26 (68,42) | |
| DIABETES MELLITUS | | | 0,0922 |
| Sim | 23 (37,10) | 8 (21,05) | |
| Não | 39 (62,90) | 30 (78,95) | |
| TABAGISMO | | | 0,5892 |
| Sim | 6 (9,68) | 5 (13,16) | |
| Não | 56 (90,32) | 33 (86,84) | |

Tabela 4 - Associações entre a função cognitiva com as variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Conclusão)

| Variáveis | Sem comprometimento N(%) | Com comprometimento N(%) | P Valor |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| OUTRAS COMORBIDADES | | | 0,7240 |
| Sim | 1 (1,61) | 1 (2,63) | |
| Não | 61 (98,39) | 37 (97,37) | |
| SINTOMAS DEPRESSIVOS | | | 0,2806 |
| Mínimos e leves | 41 (58,57) | 21 (70,00) | |
| Moderados e graves | 29 (41,43) | 9 (30,00) | |
| QUALIDADE DE VIDA | | | 0,2943 |
| Sem prejuízo | 19 (70,37) | 43 (58,90) | |
| Com prejuízo | 8 (29,63) | 30 (41,10) | |

Verificou-se que a idade $p < 0,0121$, a escolaridade $P < 0,0001$ e a renda $P < 0,0121$ apresentaram diferenças significativas quando associados com a função cognitiva.

A tabela 5 traz as associações entre a escala BDI com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 5 - Associações entre os sintomas depressivos com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continua)

| Variáveis | Mínimos e leves N(%) | Moderados e graves N(%) | p valor |
|---------------------|-------------------------|----------------------------|---------|
| SEXO | | | 0,3354 |
| Masculino | 40 (57,14) | 14 (46,67) | |
| Feminino | 30 (42,86) | 16 (53,33) | |
| IDADE | | | 0,0616 |
| 18 - 29 | 3 (4,29) | 2 (0,0) | |
| 30 - 49 | 13 (18,57) | 12 (40,0) | |
| 50 - 69 | 27 (38,57) | 12 (40,0) | |
| 70 | 27 (38,57) | 6 (20,0) | |
| ESCOLARIDADE | | | 0,4589 |
| Baixa | 30 (42,86) | 12 (40,0) | |
| Média | 30 (42,86) | 16 (53,33) | |
| Alta | 10 (14,29) | 2 (6,67) | |

Tabela 5 - Associações entre os sintomas depressivos com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continuação)

| Variáveis | Mínimos e leves N (%) | Moderados e graves N (%) | p valor |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|
| RENDA FAMILIAR | | | 0,0098 |
| < 1 salário mínimo | 6 (8,57) | 8 (26,67) | |
| 1 - 2 salários mínimos | 28 (40,0) | 15 (50,0) | |
| 2 ou > salários mínimos | 36 (51,43) | 7 (23,33) | |
| OCUPAÇÃO | | | 0,9953 |
| Possui vínculo empregatício | 15 (22,06) | 6 (21,43) | |
| Desempregado | 10 (14,71) | 4 (14,29) | |
| Aposentado | 43 (63,24) | 18 (64,29) | |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR | | | 0,6254 |
| Mora sozinho | 7 (10,0) | 4 (13,33) | |
| Acompanhado | 63 (90,0) | 26 (86,67) | |
| REDE DE APOIO | | | 0,9483 |
| Bom | 61 (87,14) | 26 (86,67) | |
| Ruim | 9 (12,86) | 4 (13,33) | |
| NÚMERO DE EVENTOS | | | 0,7942 |
| 1 ou 2 | 65 (92,86) | 28 (93,33) | |
| 3 ou mais | 4 (5,71) | 2 (6,67) | |
| TIPO DE AVC | | | 0,1918 |
| Hemorrágico | 7 (10,0) | 5 (16,67) | |
| Isquêmico | 52 (74,29) | 24 (80,0) | |
| Dois tipos | 2 (2,86) | 1 (3,33) | |
| Trombolítico | 9 (12,86) | 0 (0,0) | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | 0,6762 |
| Sim | 46 (65,71) | 21 (70,00) | |
| Não | 24 (34,29) | 9 (30,00) | |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | 0,6097 |
| Sim | 22 (31,43) | 11 (36,67) | |
| Não | 48 (68,57) | 19 (63,33) | |
| DIABETES MELLITUS | | | 0,1195 |
| Sim | 25 (35,71) | 6 (20,0) | |
| Não | 45 (64,29) | 24 (80,0) | |
| TABAGISMO | | | 0,6254 |
| Sim | 7 (10,0) | 4 (13,33) | |
| Não | 63 (90,0) | 26 (86,67) | |

Tabela 5 - Associações entre os sintomas depressivos com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Conclusão)

| Variáveis | Mínimos e leves N (%) | Moderados e graves N (%) | p valor |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------|
| OUTRAS COMORBIDADES | | | 0,5330 |
| Sim | 1 (1,43) | 1 (3,33) | |
| Não | 69 (98,57) | 29 (96,67) | |
| FUNÇÃO COGNITIVA | | | 0,2806 |
| Sem comprometimentocognitivo | 41 (58,57) | 21 (70,00) | |
| Com comprometimentocognitivo | 29 (41,43) | 9 (30,00) | |
| QUALIDADE DE VIDA | | | < 0,0001 |
| Sem prejuízo | 10 (37,04) | 60 (82,19) | |
| Com prejuízo | 17 (62,96) | 13 (17,81) | |

Observa-se que a renda $P < 0,0098$ e a qualidade de vida $P < 0,0001$ associaram-se de forma significativa com os sintomas depressivos.

A tabela 6 traz as associações entre a qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 6 - Associações entre a qualidade de vida com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continua)

| Variáveis | Sem prejuízo N (%) | Com prejuízo N (%) | p valor |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| SEXO | | | |
| Masculino | 14 (51,85) | 40 (54) | 0,7932 |
| Feminino | 13 (48,15) | 33 (45,21) | |
| IDADE | | | 0,6633 |
| 18 - 29 | 0 (0,0) | 3 (4,11) | |
| 30 - 49 | 8 (29,63) | 17 (23,29) | |
| 50 - 69 | 11 (40,74) | 28 (38,36) | |
| 70 | 8 (29,63) | 25 (34,25) | |
| ESCOLARIDADE | | | 0,479 |
| Baixa | 15 (55,56) | 27 (36,99) | |
| Média | 12 (44,44) | 34 (46,58) | |
| Alta | 0 (0,0) | 12 (16,44) | |

Tabela 6 - Associações entre a qualidade de vida com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continuação)

| Variáveis | Sem prejuízo N (%) | Com prejuízo N (%) | p valor |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| RENDA FAMILIAR | | | 0,3437 |
| < 1 salário mínimo | 6 (22,22) | 8 (10,96) | |
| 1 - 2 salários mínimos | 11 (40,74) | 52 (43,84) | |
| 2 ou > salários mínimos | 10 (37,04) | 33 (45,21) | |
| OCUPAÇÃO | | | 0,2662 |
| Possui vínculo empregatício | 3 (11,11) | 18 (26,09) | |
| Desempregado | 4 (14,81) | 10 (14,49) | |
| Aposentado | 3 (74,07) | 51 (59,42) | |
| COMPOSIÇÃO FAMILIAR | | | 0,4584 |
| Mora sozinho | 4 (14,81) | 7 (9,59) | |
| Acompanhado | 23 (85,19) | 66 (90,41) | |
| REDE DE APOIO | | | 0,0194 |
| Bom | 20 (74,07) | 67 (91,78) | |
| Ruim | 7 (25,93) | 6 (8,22) | |
| NÚMERO DE EVENTOS | | | 0,2354 |
| 1 ou 2 | 24 (88,89) | 69 (94,52) | |
| 3 ou mais | 2 (7,41) | 4 (5,48) | |
| TIPO DE AVC | | | 0,1939 |
| Hemorrágico | 5 (18,52) | 7 (9,59) | |
| Isquêmico | 21 (77,78) | 55 (75,34) | |
| Dois tipos | 1 (3,70) | 2 (2,74) | |
| Trombolítico | 0 (0,0) | 9 (2,33) | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | 0,1633 |
| Sim | 21 (77,78) | 46 (63,01) | |
| Não | 6 (22,22) | 27 (36,99) | |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | 0,1388 |
| Sim | 12 (44,44) | 21 (28,77) | |
| Não | 15 (55,56) | 52 (71,23) | |
| DIABETES MELLITUS | | | 0,7590 |
| Sim | 9 (33,33) | 22 (30,14) | |
| Não | 18 (66,67) | 51 (69,86) | |
| TABAGISMO | | | 0,9828 |
| Sim | 3 (11,11) | 8 (10,96) | |
| Não | 24 (26,97) | 65 (89,04) | |

Tabela 6 - Associações entre a qualidade de vida com variáveis sociodemográficas e clínicas - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Conclusão)

| Variáveis | Sem prejuízo N (%) | Com prejuízo N (%) | p valor |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| OUTRAS COMORBIDADES | | | 0,4592 |
| Sim | 1 (3,70) | 1 (1,37) | |
| Não | 26 (96,30) | 72 (98,63) | |
| FUNÇÃO COGNITIVA | | | 0,2943 |
| Sem comprometimentocognitivo | 19 (70,37) | 43 (58,90) | |
| Com comprometimentocognitivo | 8 (29,63) | 30 (41,10) | |
| SINTOMAS DEPRESSIVOS | | | < 0,0001 |
| Mínimos e leves | 10 (37,04) | 60 (82,19) | |
| Moderados e graves | 17 (62,96) | 13 (17,81) | |

Observa-se que as variáveis rede de apoio $P < 0,0194$ e sintomas depressivos $p < 0,0001$ apresentou diferenças quando associada com o desfecho qualidade de vida.

A tabela 7 mostra os valores totais do tempo decorrido do evento, tempo de internação e total de pontos nas escalas utilizadas para analisar os três desfechos.

Tabela 7 - Valores totais do tempo do evento, tempo de internação e pontuações nas escalas MEEM, BDI e EQVE-AVE - Botucatu, SP - Brasil, 2019

| Variáveis | N | Média | Desviopadrão | Mediana | Mínimo | Máximo |
|---|-----|--------|--------------|---------|--------|--------|
| Tempo decorrido do evento em meses | 96 | 9.86 | 7.12 | 7.00 | 3.00 | 24.00 |
| Tempo de internação em dias | 95 | 12.57 | 13.34 | 8.00 | 0.00 | 68.00 |
| Total pontos MEEM | 100 | 22.93 | 4.28 | 23.00 | 11.00 | 30.00 |
| Total pontos BDI | 100 | 15.91 | 12.42 | 13.00 | 0.00 | 51.00 |
| Total de pontos EQVE-AVE | 100 | 342.20 | 87.75 | 340.50 | 129.00 | 475.00 |

A tabela 8 apresenta as variáveis analisadas para qualidade de vida (EQVE-AVE).

Tabela 8 - Variáveis analisadas para qualidade de vida (EQVE-AVE) - Botucatu, SP - Brasil, 2019

| Variáveis | N | Média | Desvio padrão | Mediana | Mínimo | Máximo |
|-----------|---|-------|---------------|---------|--------|--------|
|-----------|---|-------|---------------|---------|--------|--------|

| | | | | | | |
|--|-----|-------|------|-------|------|-------|
| Energia | 100 | 10.56 | 4.69 | 12.00 | 3.00 | 15.00 |
| Papel familiar | 100 | 10.21 | 4.50 | 11.00 | 3.00 | 15.00 |
| Linguagem | 100 | 19.13 | 7.48 | 25.00 | 5.00 | 25.00 |
| Mobilidade | 100 | 21.52 | 8.21 | 23.50 | 6.00 | 30.00 |
| Humor | 100 | 18.66 | 7.32 | 22.00 | 5.00 | 25.00 |
| Personalidade | 100 | 10.20 | 4.80 | 11.00 | 3.00 | 15.00 |
| Autocuidado | 100 | 20.90 | 6.82 | 25.00 | 5.00 | 25.00 |
| Papeis sociais | 100 | 18.46 | 7.59 | 23.00 | 5.00 | 25.00 |
| Memória | 100 | 6.73 | 4.40 | 6.00 | 3.00 | 15.00 |
| Funcionalidade extremidade superior | 100 | 18.37 | 7.68 | 22.00 | 5.00 | 25.00 |
| Visão | 100 | 10.92 | 4.72 | 15.00 | 3.00 | 15.00 |
| Trabalho/produktividade | 100 | 10.88 | 4.87 | 15.00 | 3.00 | 15.00 |

Verifica-se que os componentes linguagem, mobilidade, humor, autocuidado, papéis sociais e funcionalidade da extremidade superior apresentaram maiores médias quando comparados com outros valores totais dos demais componentes da escala.

A tabela 9 apresenta uma correlação de Pearson entre sintomas depressivos (BDI) e qualidade de vida (EQVE-AVE).

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre sintomas depressivos (BDI) e qualidade de vida (EQVE-AVE) N=100 - Botucatu, SP - Brasil, 2019

| | Total sintomas depressivos | Total qualidade de vida |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Total | 100.000 | -0.64959 |
| Sintomas depressivos | | <.0001 |
| Total | -0.64959 | 100.000 |
| Qualidade de vida | <.0001 | |

Nota-se na tabela acima que a correlação de Pearson apresentou valor inversamente proporcional $R = -0,64959$, ou seja, quando um valor total de uma das escalas diminui, o valor da outra aumenta respectivamente.

A tabela 10 apresenta uma correlação de Pearson entre os sintomas depressivos e a função cognitiva.

Tabela 10 - Correlação de Pearson entre os sintomas depressivos e a função cognitiva N=100 -

Botucatu, SP - Brasil, 2021

| | Total função cognitiva | Total sintomas depressivos |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Total função cognitiva | 100.000 | -0.10508 0.2981 |
| Total sintomas depressivos | -0.10508 0.2981 | 100.000 |

Nota-se que existe uma correlação negativa, inversamente proporcional, mas não houve associação significativa.

A tabela 11 apresenta uma correlação de Pearson sintomas depressivos e a qualidade de vida.

Tabela 11 - Correlação de Pearson comparando função cognitiva e qualidade de vida (N=100) - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| | Qualidade de vida | Função cognitiva |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Qualidade de vida | 100.000 | 0.20321 0.0426 |
| Função cognitiva | 0.20321 0.0426 | 100.000 |

A correlação não apresentou diferença significativa.

A tabela 12 apresenta a regressão logística univariada da função cognitiva (probabilidade com comprometimento cognitivo).

Tabela 12- Regressão logística univariada da função cognitiva - Botucatu, SP -Brasil, 2019

(Continua)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P valor |
|--------------|------------|--------|------------------------|---------|
| SEXO | | | | |
| Masculino | -0.0410 | 0.921 | (0.409; 2.073) | 0.8427 |
| Feminino | - | - | - | - |
| IDADE | | | | |
| 18 - 29 | -96.650 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9624 |
| 30 - 49 | 25.742 | 0.249 | (0.079 ; 0.781) | 0.9699 |
| 50 - 69 | 31.243 | 0.431 | (0.150 ; 1.237) | 0.9635 |
| 70 | - | - | - | - |

Tabela 12- Regressão logística univariada da função cognitiva - Botucatu, SP -Brasil, 2019

(Continuação)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P valor |
|-----------|------------|----|----|---------|
|-----------|------------|----|----|---------|

| ESCOLARIDADE | | | | |
|---------------------------------------|---------|----------|------------------------|--------|
| Baixa | 1.551 | 24.998 | (4.470; 139.801) | <.0001 |
| Média | 0.1162 | 5.952 | (1.172; 30.235) | 0.7420 |
| Alta | - | - | - | - |
| RENDA FAMILIAR | | | | |
| < 1 salário mínimo | 0.9622 | 6.898 | (1.376 ; 34.590) | 0.0699 |
| 1 - 2 salários mínimos | 0.00692 | 2.654 | (1.096 ; 6.428) | 0.9843 |
| 2 ou > salários mínimos | | | | |
| REDE DE APOIO | | | | |
| Bom | 0.1937 | 1.473 | (0.455; 4.767) | 0.5178 |
| Ruim | - | - | - | - |
| Tipo de AVC | | | | |
| Hemorrágico | 0.6892 | 6.000 | (0.893 ; 40.306) | 0.2626 |
| Isquêmico | 0.1296 | 3.429 | (0.795 ; 14.795) | 0.7629 |
| Dois tipos | 0.2837 | 4.000 | (0.250 ; 63.950) | 0.7657 |
| Trombolítico | | | | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | | |
| Sim | 0.0440 | 1.092 | (0.464 ; 2.570) | 0.8403 |
| Não | - | - | - | - |
| DIABETES MELLITUS | | | | |
| Sim | 0.3968 | 2.212 | (0.868 ; 5.632) | 0.0961 |
| Não | - | - | - | - |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | | |
| Sim | 0.0521 | 1.110 | (0.468 ; 2.630) | 0.8130 |
| Não | - | - | - | - |
| TABAGISMO | | | | |
| Sim | -0.1733 | 0.707 | (0.200 ; 2.499) | 0.5906 |
| Não | - | - | - | - |
| OUTRAS COMORBIDADES | | | | |
| Sim | -0.2500 | 0.607 | (0.037 ; 9.992) | 0.7265 |
| Não | - | - | - | - |
| NÚMEROS DE EVENTOS | | | | |
| 1 ou 2 | 45.454 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9861 |
| 3 ou mais | 47.335 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9855 |
| QUALIDADE DE VIDA | | | | |
| Sem prejuízo | 0.2525 | 1.657 | (0.642 ; 4.278) | 0.2968 |
| Com prejuízo | | | | |

Tabela 12- Regressão logística univariada da função cognitiva - Botucatu, SP -Brasil, 2019

(Conclusão)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P valor |
|-----------|------------|----|----|---------|
|-----------|------------|----|----|---------|

| SINTOMAS DEPRESSIVOS | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------|-----------------|--------|
| Mínimos e leves | -0.2505 | 0.606 | (0.243 ; 1.512) | 0.2829 |
| Moderados e graves | - | - | - | - |
| QUALIDADE DE VIDA | -0.00119 | 0.999 | (0.994 ; 1.003) | 0.6182 |
| TOTAL ENERGIA | 0.0258 | 1.026 | (0.941 ; 1.119) | 0.5583 |
| TOTAL PAPEL FAMILIAR | 0.0190 | 1.019 | (0.931 ; 1.115) | 0.6794 |
| TOTAL LINGUAGEM | 0.0106 | 1.011 | (0.958 ; 1.067) | 0.6998 |
| TOTAL MOBILIDADE | -0.0307 | 0.970 | (0.922 ; 1.020) | 0.2359 |
| TOTAL HUMOR | 0.0136 | 1.014 | (0.959 ; 1.071) | 0.6292 |
| TOTAL PERSONALIDADE | -0.00074 | 0.999 | (0.918 ; 1.087) | 0.9862 |
| TOTAL AUTOCUIDADO | -0.0695 | 0.933 | (0.869 ; 1.001) | 0.0537 |
| TOTAL PAPEL SOCIAL | 0.0129 | 1.013 | (0.961 ; 1.068) | 0.6337 |
| TOTAL MEMÓRIA | -0.0854 | 0.918 | (0.837 ; 1.007) | 0.0689 |
| TOTAL EXTREMIDADE SUPERIOR | -0.0102 | 0.990 | (0.939 ; 1.044) | 0.7070 |
| TOTAL VISÃO | -0.00393 | 0.996 | (0.914 ; 1.086) | 0.9287 |

Verifica-se que a baixa escolaridade $P < 0.0001$ associou-se à presença de comprometimento cognitivo na amostra.

A tabela 13 apresenta traz a regressão logística univariada dos sintomas depressivos (probabilidade com sintomas moderados e graves).

Tabela 13 - Regressão logística univariada dos sintomas depressivos - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continua)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | p valor |
|---------------------|-------------------|-----------|---------------------|----------------|
| SEXO | | | | |
| Masculino | -0.2106 | 0.656 | (0.278 ; 1.550) | 0.3367 |
| Feminino | - | - | - | - |
| IDADE | | | | |
| 18 - 29 | -87.250 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9679 |
| 30 - 49 | 36.267 | 4.154 | (1.273 ; 13.551) | 0.9600 |
| 50 - 69 | 28.958 | 2.000 | (0.655 ; 6.104) | 0.9680 |
| 70 | | | | |
| ESCOLARIDADE | | | | |
| Baixa | 0.1352 | 2.000 | (0.381 ; 10.510) | 0.7069 |
| Média | 0.4228 | 2.667 | (0.520 ; 13.678) | 0.2265 |
| Alta | - | - | - | - |

Tabela 13 - Regressão logística univariada dos sintomas depressivos - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Continuação)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | p valor |
|---------------------------------------|------------|----------|---------------------|---------|
| RENDA FAMILIAR | | | | |
| < 1 salário mínimo | 0.9457 | 6.857 | (1.809 ; 25.995) | 0.0181 |
| 1 - 2 salários mínimos | 0.0339 | 2.755 | (0.989 ; 7.672) | 0.9133 |
| 2 ou > salários mínimos | | | | |
| REDE DE APOIO | | | | |
| Bom | -0.0211 | 0.959 | (0.271 ; 3.394) | 0.9479 |
| Ruim | - | - | - | - |
| Tipo de AVC | | | | |
| Hemorrágico | 37.222 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9738 |
| Isquêmico | 32.855 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9769 |
| Dois tipos | 33.655 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9763 |
| Trombolítico | | | | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | | |
| Sim | 0.0984 | 1.217 | (0.483 ; 3.066) | 0.6764 |
| Não | - | - | - | - |
| DIABETES MELLITUS | | | | |
| Sim | -0.3993 | 0.450 | (0.162 ; 1.247) | 0.1247 |
| Não | - | - | - | - |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | | |
| Sim | 0.1168 | 1.263 | (0.515 ; 3.100) | 0.6100 |
| Não | - | - | - | - |
| TABAGISMO | | | | |
| Sim | 0.1627 | 1.385 | (0.373 ; 5.135) | 0.6265 |
| Não | - | - | - | - |
| OUTRAS COMORBIDADES | | | | |
| Sim | 0.4333 | 2.379 | (0.144 ; 39.337) | 0.5449 |
| Não | - | - | - | - |
| NÚMEROS DE EVENTOS | | | | |
| 1 ou 2 | 41.468 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9880 |
| 3 ou mais | 42.959 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9875 |
| QUALIDADE DE VIDA | | | | |
| Sem prejuízo | 10.300 | 7.846 | (2.931 ; 21.004) | <.0001 |
| Com prejuízo | - | - | - | - |
| FUNÇÃO COGNITIVA | | | | |
| Sem comprometimento | 0.2505 | 1.650 | (0.661 ; 4.117) | 0.2829 |
| Com comprometimento | | | | |

Tabela 13 - Regressão logística univariada dos sintomas depressivos - Botucatu, SP - Brasil, 2019

(Conclusão)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | p valor |
|---------------------------------------|------------|-------|-----------------|---------|
| QUALIDADE DE VIDA | -0.0187 | 0.982 | (0.974 ; 0.989) | <.0001 |
| Total energia | -0.1657 | 0.847 | (0.768 ; 0.935) | 0.0009 |
| Total papel familiar | -0.2211 | 0.802 | (0.717 ; 0.896) | 0.0001 |
| Total linguagem | -0.0992 | 0.906 | (0.854 ; 0.960) | 0.0009 |
| Total mobilidade | -0.0903 | 0.914 | (0.864 ; 0.966) | 0.0016 |
| Total humor | -0.2385 | 0.788 | (0.723 ; 0.859) | <.0001 |
| Total personalidade | -0.2148 | 0.807 | (0.727 ; 0.895) | <.0001 |
| Total Autocuidado | -0.0837 | 0.920 | (0.865 ; 0.978) | 0.0075 |
| Total Papel social | -0.1469 | 0.863 | (0.809 ; 0.921) | <.0001 |
| Total Memória | -0.0762 | 0.927 | (0.831 ; 1.033) | 0.1705 |
| Total Extremidade superior | -0.0713 | 0.931 | (0.880 ; 0.985) | 0.0129 |
| Total Visão | -0.0504 | 0.951 | (0.869 ; 1.041) | 0.2743 |
| Total Trabalho e produtividade | -0.1745 | 0.840 | (0.764 ; 0.923) | 0.0003 |

Foi possível notar que a qualidade de vida $P < .0001$ e a maioria dos domínios avaliados pelos instrumentos de rastreio associaram-se de modo significativo com os sintomas depressivos.

A tabela 14 apresenta a regressão logística univariada da qualidade de vida (probabilidade prejuízo na qualidade de vida).

Tabela 14- Regressão logística univariada da qualidade de vida - Botucatu, SP -Brasil, 2021

(Continua)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P |
|---------------------|------------|----------|---------------------|--------|
| SEXO | | | | |
| Masculino | 0.0591 | 1.126 | (0.465 ; 2.726) | 0.7933 |
| Feminino | - | - | - | - |
| IDADE | | | | |
| 18 - 29 | 79.238 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9537 |
| 30 - 49 | -28.300 | 0.680 | (0.214 ; 2.164) | 0.9504 |
| 50 - 69 | -26.495 | 0.815 | (0.283 ; 2.347) | 0.9536 |
| 70 | - | - | - | - |
| ESCOLARIDADE | | | | |
| Baixa | -47.912 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9719 |
| Média | -43.375 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9746 |
| Alta | - | - | - | - |

Tabela 14- Regressão logística univariada da qualidade de vida - Botucatu, SP -Brasil, 2021

(Continuação)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P |
|-----------|------------|----|----|---|
|-----------|------------|----|----|---|

| RENDA FAMILIAR | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|---------------------|--------|
| < 1 salário mínimo | -0.5621 | 0.404 | (0.113 ; 1.443) | 0.1569 |
| 1 - 2 salários mínimos | 0.2180 | 0.882 | (0.329 ; 2.360) | 0.4931 |
| 2 ou > salários mínimos | | | | |
| REDE DE APOIO | | | | |
| Bom | 0.6816 | 3.908 | (1.178 ; 12.968) | 0.0259 |
| Ruim | - | - | - | - |
| Tipo de AVC | | | | |
| Hemorrágico | -37.885 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9743 |
| Isquêmico | -31.622 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9786 |
| Dois tipos | -34.319 | <0.001 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9768 |
| Trombolítico | | | | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | | | | |
| Sim | -0.3600 | 0.487 | (0.175 ; 1.356) | 0.1683 |
| Não | - | - | - | - |
| DIABETES MELLITUS | | | | |
| Sim | -0.0738 | 0.863 | (0.336 ; 2.216) | 0.7591 |
| Não | - | - | - | - |
| DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA | | | | |
| Sim | -0.3419 | 0.505 | (0.203 ; 1.257) | 0.1420 |
| Não | - | - | - | - |
| TABAGISMO | | | | |
| Sim | -0.00777 | 0.985 | (0.241 ; 4.021) | 0.9827 |
| Não | - | - | - | - |
| OUTRAS COMORBIDADES | | | | |
| Sim | -0.5089 | 0.361 | (0.022 ; 5.990) | 0.4775 |
| Não | - | - | - | - |
| NÚMEROS DE EVENTOS | | | | |
| 1 ou 2 | 50.768 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9878 |
| 3 ou mais | 47.139 | >999.999 | (<0.001 ; >999.999) | 0.9887 |
| SINTOMAS DEPRESSIVOS | | | | |
| Mínimos e leves | 10.300 | 7.846 | (2.931 ; 21.004) | <.0001 |
| Moderados e graves | - | - | - | - |

Tabela 14- Regressão logística univariada da qualidade de vida - Botucatu, SP -Brasil, 2021

(Conclusão)

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P |
|-----------|------------|----|----|---|
|-----------|------------|----|----|---|

| FUNÇÃO COGNITIVA | | | | |
|---------------------------------|---------|-------|-----------------|--------|
| Sem comprometimento | -0.2524 | 0.604 | (0.234 ; 1.558) | 0.2969 |
| Com comprometimento | - | - | - | - |
| QUALIDADE DE VIDA | | | | |
| Total energia | 0.1838 | 1.202 | (1.084 ; 1.333) | 0.0005 |
| Total papel familiar | 0.3035 | 1.355 | (1.184 ; 1.549) | <.0001 |
| Total linguagem | 0.1812 | 1.199 | (1.116 ; 1.287) | <.0001 |
| Total mobilidade | 0.1660 | 1.181 | (1.099 ; 1.269) | <.0001 |
| Total humor | 0.1419 | 1.152 | (1.077 ; 1.233) | <.0001 |
| Total personalidade | 0.1081 | 1.114 | (1.014 ; 1.225) | 0.0252 |
| Autocuidado | 0.2130 | 1.237 | (1.137 ; 1.347) | <.0001 |
| Papel social | 0.2152 | 1.240 | (1.142 ; 1.347) | <.0001 |
| Memória | 0.1413 | 1.152 | (1.009 ; 1.315) | 0.0367 |
| Extremidade superior | 0.1864 | 1.205 | (1.119 ; 1.297) | <.0001 |
| Visão | 0.2373 | 1.268 | (1.136 ; 1.414) | <.0001 |
| Trabalho e produtividade | 0.4050 | 1.499 | (1.282 ; 1.753) | <.0001 |

Os sintomas depressivos $P < .0001$ associaram-se significativamente com a qualidade de vida.

A tabela 15 traz a correlação de Pearson da função cognitiva.

Tabela 15 - Correlação de Pearson da função cognitiva - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Coefficiente de correlação | p valor |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Total energia | 0.00498 | 0.9607 |
| Total papel familiar | 0.05635 | 0.5776 |
| Total linguagem | 0.01920 | 0.8496 |
| Total mobilidade | 0.22620 | 0.0236 |
| Total humor | 0.01277 | 0.8997 |
| Total personalidade | 0.05965 | 0.5555 |
| Total autocuidado | 0.30797 | 0.0018 |
| Total papeis sociais | 0.05786 | 0.5675 |
| Total memória | 0.24384 | 0.0145 |
| Total extremidade superior | 0.13934 | 0.1668 |
| Total visão | 0.21175 | 0.0344 |
| Total trabalho e produtividade | 0.23654 | 0.0178 |

A tabela 16 traz a correlação de Pearson dos sintomas depressivos.

Tabela 16 - Correlação de Pearson sintomas depressivos - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Coefficiente de correlação | p valor |
|--------------------------------|----------------------------|---------|
| Total energia | -0.35357 | 0.0003 |
| Total papel familiar | -0.52680 | <.0001 |
| Total linguagem | -0.40751 | <.0001 |
| Total mobilidade | -0.31758 | 0.0013 |
| Total humor | -0.77234 | <.0001 |
| Total personalidade | -0.48695 | <0,0001 |
| Total autocuidado | -0.27590 | 0.0055 |
| Total papeis sociais | -0.51900 | <.0001 |
| Total memória | -0.21123 | 0.0349 |
| Total extremidade superior | -0.31931 | 0.0012 |
| Total visão | -0.14082 | 0.1623 |
| Total trabalho e produtividade | -0.39380 | <.0001 |

A tabela 17 traz a correlação de Pearson da qualidade de vida.

Tabela 17 - Correlação de Pearson qualidade de vida - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Coefficiente de correlação | p valor |
|--------------------------------|----------------------------|---------|
| Total energia | 0.45813 | <0,0001 |
| Total papel familiar | 0.68103 | <.0001 |
| Total linguagem | 0.64743 | <.0001 |
| Total mobilidade | 0.70856 | <.0001 |
| Total humor | 0.64420 | <.0001 |
| Total personalidade | 0.40939 | <.0001 |
| Total autocuidado | 0.64937 | <.0001 |
| Total papeis sociais | 0.73952 | <.0001 |
| Total memória | 0.30148 | 0.0023 |
| Total extremidade superior | 0.74680 | <.0001 |
| Total visão | 0.48223 | <.0001 |
| Total trabalho e produtividade | 0.79780 | <.0001 |

A tabela 18 traz as estimativas e testes associados ao modelo de regressão logística selecionado para o desfecho função cognitiva.

Tabela 18 - Análise univariada por regressão logística do desfecho função cognitiva- Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P |
|--------------------------------|------------|--------|-------------------|--------|
| Escolaridade (1 vs 3) | 12.901 | 16.154 | (2.447 ; 106.654) | 0.0042 |
| Escolaridade (2 vs 3) | 0.2019 | 5.441 | (0.987 ; 30.000) | 0.5984 |
| Idade (1 vs 4) | -0.4202 | 0.310 | (0.078 ; 1.240) | 0.2890 |
| Idade (3 vs 4) | -0.3296 | 0.340 | (0.100 ; 1.159) | 0.3438 |
| Renda familiar (1 vs 3) | 0.6720 | 3.545 | (0.580 ; 21.650) | 0.2500 |
| Renda (2 vs 3) | -0.0785 | 1.673 | (0.598 ; 4.681) | 0.8387 |
| Função cognitiva | 0.2815 | 1.756 | (0.514 ; 5.997) | 0.3689 |
| Sintomas depressivos | 0.0892 | 1.195 | (0.358 ; 3.988) | 0.7717 |

A regressão logística é um recurso que permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explanatórias.

Podemos observar que a variável escolaridade $P < 0,0042$ foi preditora independente do desfecho em questão.

A tabela 19 traz as estimativas e testes associados ao modelo de regressão logística para o desfecho sintomas depressivos.

Tabela 19 - Análise univariada por regressão logística do desfecho sintomas depressivos - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | p |
|--------------------------------|------------|-------|------------------|--------|
| Idade (1 vs 4) | 10.395 | 6.266 | (1.253 ; 31.343) | 0.0264 |
| Idade (3 vs 4) | -0.2438 | 1.736 | (0.417 ; 7.223) | 0.5549 |
| Sexo (1 vs 2) | 0.0994 | 1.220 | (0.370 ; 4.020) | 0.7438 |
| Função cognitiva | 0.1023 | 1.227 | (0.354 ; 4.256) | 0.7470 |
| Renda familiar (1 vs 3) | 0.9251 | 9.159 | (1.497 ; 56.050) | 0.0854 |
| Renda familiar (2 vs 3) | 0.3645 | 5.228 | (1.344 ; 20.345) | 0.3691 |
| Qualidade de vida | -12.775 | 0.078 | (0.022 ; 0.275) | <.0001 |
| Tempo de internação | 0.00933 | 1.009 | (0.959 ; 1.062) | 0.7192 |

Observa-se que as variáveis idade $P < 0.0264$ qualidade de vida $P < .0001$ foi preditora independente do desfecho.

A tabela 20 traz as estimativas e testes associados ao modelo de regressão logística

selecionado para o desfecho qualidade

Tabela 20 - Análise univariada por regressão logística do desfecho qualidade de vida - Botucatu, SP - Brasil, 2021

| Variáveis | Estimativa | OR | IC | P |
|-----------------------------|------------|-------|----------------|--------|
| Renda familiar | -0.1007 | 1.066 | (0.229; 4.966) | 0.2500 |
| Renda familiar | 0.2656 | 1.538 | (0.489; 4.833) | 0.4545 |
| Função cognitiva | -0.1884 | 0.686 | (0.234; 2.011) | 0.4923 |
| Sintomas depressivos | -10.480 | 0.123 | (0.043; 0.354) | 0.0001 |

Observa-se que a variável sintomas depressivos $P < 0,0001$ foi preditora independente do desfecho em questão.

Discussão

5 DISCUSSÃO

O objetivo do nosso estudo foi avaliar a relação entre função cognitiva, sintomas depressivos e QV em pacientes que sofreram AVC. Nossa pesquisa identificou resultados importantes para a prática do psicólogo e demais profissionais que atuam no contexto da saúde, principalmente na atuação junto às pessoas que sofreram AVC e seus cuidadores

A discussão dos resultados será apresentada em tópicos, visando facilitar a leitura e compreensão do leitor.

5.1 Aspectos sociodemográficos e clínicos

Ao todo, foram avaliados 100 sobreviventes do AVC, a amostra foi composta por pacientes que haviam sofrido AVCi, AVCh, ou ambos os tipos. Havia recebido terapia conservadora em sua grande maioria.

A caracterização sociodemográfica dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo constatou que houve um predomínio de homens, a maioria das pessoas tinha mais de 50 anos, entre homens e mulheres a maior parte possuía baixa escolaridade, eram aposentados ou beneficiários, moravam acompanhadas e tinham rede de apoio satisfatória.

Em estudos anteriores realizados com pacientes que sofreram AVC, na maioria dos contextos, os participantes também possuíam médias de idade maiores, variando entre 45-64 anos ou 60 (± 15), baixa escolaridade, não moravam sozinhos, e eram do sexo masculino (GOULART, 2018; YOSHIDA et al., 2019).

Manimmanakorn et al. (2008) conduziram um estudo transversal com 327 pacientes que haviam sofrido AVC na Tailândia, com o objetivo de avaliar aspectos psicológicos e funcionais pós-AVC em três grupos de idade. A idade não se associou-se aos sintomas depressivos, no entanto os pacientes mais jovens apresentaram melhor resposta aos programas de reabilitação no que diz respeito à QV e a rede de apoio satisfatória funcionou como protetiva para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

No presente estudo, uma parcela importante dos participantes referiu possuir boa rede de apoio, configurando 87%. Dado que pode estar associado ao fato que 70% dos pacientes avaliados em nosso estudo apresentou sintomas depressivos mínimos ou leves.

Quanto às características clínicas dos pacientes que compuseram a amostra, verificou-se que a maior parte dos sujeitos haviam sofrido um ou dois AVCs e o tipo isquêmico foi o mais prevalente. A maioria tinha diagnóstico de HAS, não possuía cardiopatia, nem diabetes

mellitus e não relataram outras comorbidades.

Feigin e colaboradores (2016), conduziram um estudo multicêntrico e longitudinal, visando identificar os fatores de risco para o AVC, no período de 1990 a 2013. O longo período de acompanhamento da amostra permitiu identificar que os fatores de risco mais associados ao AVC eram aqueles considerados modificáveis, ou seja, relacionados ao estilo de vida, tais como: dieta, tabagismo e prática de atividade física. Foi possível identificar que 72,4% dos casos de AVC estabeleceram associação com HAS, dislipidemia e peso. Em nosso estudo, identificamos que apenas 10% dos pacientes consideravam-se tabagistas antes de sofrer o AVC, em contrapartida, a HAS foi a comorbidade mais frequente entre os participantes da amostra, representando 67%.

5.2 Função cognitiva

No que diz respeito à função cognitiva, em nosso estudo, verificamos que 62% dos pacientes não apresentaram comprometimento cognitivo. Identificamos também que a renda e a escolaridade associaram-se significativamente, ou seja, pacientes que possuíam maior renda e escolaridade mais alta, apresentaram melhor desempenho no instrumento de rastreio.

Weinsten et al. (2014) em seu estudo, avaliaram 132 pacientes participantes do estudo de Framingham, nos Estados Unidos. Tinham como objetivo averiguar os domínios cognitivos mais afetados pelo AVC nos sujeitos que não possuíam demência. Concluíram que a piora do estado geral dos sobreviventes de AVC estava associada com a piora da função cognitiva. Tal dado, corrobora para o fato de que em nossa amostra, a maioria dos pacientes não apresentava comorbidades clínicas, nem mesmo prejuízo da QV, ao mesmo tempo em que mais 50% da população estudada mantinha as funções cognitivas preservadas.

A correlação de Pearson realizada nos mostrou que o autocuidado, a memória, a visão e o trabalho e a produtividade associaram-se significativamente com a função cognitiva. De modo que para manter um melhor autocuidado, maior capacidade para a produtividade e trabalho, memória, assim como melhor visão, esses pacientes também precisavam apresentar função cognitiva preservada.

Erickson et al (2011) realizaram um ensaio clínico com 120 participantes, nos Estados Unidos, com o objetivo de verificar se o treinamento físico poderia atenuar ou reverter perdas de volume no hipocampo, responsáveis por prejuízos na memória. Evidenciaram que o treinamento físico pode reverter perdas de volume no hipocampo.

Tais resultados contribuem para os dados encontrados em nosso estudo, em que a

memória, e a capacidade para a produtividade e o trabalho associaram-se com melhores desempenhos no instrumento de rastreio que avaliou a função cognitiva.

Čengić et al. (2011) também desenvolveram um estudo na Croácia, que contou com 50 pacientes sobreviventes de AVC em fase aguda, subaguda e crônica, com a finalidade de fazer comparações entre as diferentes fases e a função cognitiva, visando melhor reabilitação. Constataram que melhor reabilitação na fase aguda e subaguda estava relacionada com melhor função cognitiva.

No que tange à relação entre os sintomas depressivos e a função cognitiva, nosso estudo constatou que os sintomas depressivos estabeleceram associação com a função cognitiva, evidenciado através do modelo de regressão logística.

Przewoznik et al. (2015) guiaram um estudo na Polônia com 43 pacientes na primeira semana pós AVC com a finalidade de verificar a relação entre função cognitiva e sintomas depressivos. Assim como em nosso estudo, houve associação entre os níveis de sintomas depressivos com os prejuízos na função cognitiva, mensurados por meio dos instrumentos de rastreio. De igual modo, Hommel et al. (2015) desenvolveram um estudo com 207 pacientes no período subagudo pós-AVC, com o objetivo de identificar a relação entre sintomas depressivos e função cognitiva. Uma relação significativa foi encontrada, principalmente na associação entre memória de trabalho e funções executivas quando cruzadas com sintomas depressivos.

Aam et al. (2020) recrutaram 617 pacientes sobreviventes de AVC para investigar fatores associados ao comprometimento cognitivo. Foi possível verificar que o comprometimento das funções cognitivas está presente nos diferentes tipos de AVC, tanto na fase aguda quanto na fase crônica. Em contrapartida, as funções executivas e a linguagem tendem a melhorar com o tempo.

Este estudo avaliou a função cognitiva dos pacientes na fase crônica, e 38% dos pacientes apresentou comprometimento cognitivo leve, corroborando para os dados descritos pelos pesquisadores citados acima. A maioria dos pacientes não apresentou dificuldades quanto à linguagem. O tempo pode ser um fator determinante nesses casos.

Sexton et al. (2019) realizaram uma revisão sistemática e metanálise da prevalência de comprometimento cognitivo sem demência no período de um ano após o AVC. Com base nos resultados da meta-análise, constatou-se que quatro em cada 10 pacientes apresentam comprometimento cognitivo sem preencher critérios para o diagnóstico de demência. Nosso estudo contou com a participação de 100 pacientes, tendo 38% de comprometimento cognitivo, ou seja, também tivemos uma média de 4 em cada 10.

Hallevi et al. (2020) estudaram a associação entre o status e o tipo da ocupação,

atividades familiares e sociais, exames de neuroimagem e comprometimento cognitivo em pacientes vítimas de AVC. Verificaram que os pacientes que retornaram ao trabalho apresentaram melhores desempenhos da função cognitiva quando comparados aqueles que se aposentaram. O desemprego foi associado com prejuízo na QV. Neste estudo, 60% da amostra estava aposentada no momento da avaliação. E a ocupação não associou-se com pior QV.

5.3 Sintomas depressivos

Neste estudo, os sintomas depressivos foram mensurados através da escala BDI, instrumento sensível para medir tal variável e amplamente utilizado na literatura. Verifica-se que os níveis de depressão em pacientes que sofreram AVC são maiores quando instrumentos específicos são utilizados, assim como a escala BDI, quando comparados os critérios de diagnóstico de transtornos de humor do DSM-IV (ZHAO et al., 2018).

Em nosso estudo, identificamos uma prevalência de 53% de depressão, evidenciada através do teste BDI, considerando que 23% apresentou níveis leves e 20% níveis moderados, em contrapartida, apenas 10% denotou sintomatologia grave.

Outros estudos semelhantes a estes foram desenvolvidos por pesquisadores no cenário nacional e internacional, e os resultados encontrados foram semelhantes.

Kotila et al. (1998) conduziram um estudo longitudinal, que encontrou resultados semelhantes àqueles evidenciados neste estudo. Ao longo de dois anos, em quatro distritos na Finlândia, foram recrutadas 134.804 pessoas, entre pacientes sobreviventes que haviam sofrido AVC e cuidadores. Em média 40% dos pacientes que compunham os grupos experimentais mantiveram-se deprimidos doze meses após o evento, dados evidenciados por meio da escala BDI.

De forma semelhante, Carod-Artal et al. (2000), conduziram um estudo longitudinal por doze meses, em que 118 pacientes foram recrutados unidade de AVC do Hospital Universitário de San Carlos em Madrid, Espanha. Ao final, com 1 ano de acompanhamento, restaram 90 sobreviventes, foi desenvolvido um desenho transversal com 79 pacientes. Evidenciou-se uma prevalência de 38% de depressão na população estudada, através da Escala de depressão de Hamilton. A QV também foi avaliada, através da Escala de Barthel, e verificou-se a funcionalidade e a presença de depressão eram importantes preditores de QV.

Lopez-Espuela et al. (2020) estudaram 173 sobreviventes de AVC e observaram que uma das causas associadas ao surgimento da depressão era o tempo de internação e grau de incapacidade no momento da alta, em média, os pacientes do estudo permaneceram 6 dias

hospitalizados.

Em nosso estudo, o tempo de internação durou em média 12 dias e não estabeleceu diferença significativa com os sintomas depressivos avaliados.

No Brasil, Yoshida e colaboradores (2019) desenvolveram um estudo com 135 pacientes que haviam sofrido AVCi, os pacientes eram atendidos no Programa Neurovascular do Hospital das Clínicas de uma universidade em Campinas. Evidenciou-se uma prevalência de 43% de depressão na amostra estudada, através da escala BDI. Dos pacientes avaliados, 57,03% apresentaram sintomas mínimos, que não sugerem depressão, 34,81% sintomatologia leve, 6,66% níveis moderados, e apenas 1,48% sintomas graves.

Ibramagic et al. (2019) estudaram a depressão 48h e 15 dias após o AVCi, 40 pacientes foram submetidos à avaliação e constatou-se que o número de pacientes com depressão na fase aguda é maior, com destaque para as mulheres. O local da lesão não apresentou diferenças na fase aguda ou subaguda.

Recentemente, Muller et al. (2021) conduziram uma coorte com 174 pacientes, a prevalência de depressão na fase aguda foi de 32,2%. Os resultados mostraram que pacientes deprimidos na fase aguda possuíam cinco vezes mais chances de desenvolver um quadro de depressão após três anos.

Em nosso estudo, os pacientes foram avaliados na fase crônica, ou seja, 3 meses após o AVC. Em média, nove meses após a alta hospitalar, verificamos que 20% apresentava sintomas moderados e 10% graves, ou seja, constatamos a persistência dos sintomas na fase crônica, como descrito pelos pesquisadores acima. Os estudos citados fizeram a aplicação dos instrumentos 48h após o AVC e no máximo um mês depois. Também não encontramos diferenças entre os sexos.

Dong et al. (2020) guiaram um estudo longitudinal com 784 pacientes que haviam sofrido o primeiro AVC, no período de 2011 a 2016, no condado de Nueces, no estado do Texas, EUA. Os sintomas depressivos na população referida foram avaliados pelo Questionário de Saúde do Paciente de oito itens. Evidenciou-se que a prevalência de depressão em 90 dias foi de 28,2% para os homens, 32,7% para mulheres, ou seja, não foram observadas diferenças sexuais no que diz respeito à presença de depressão após o evento.

Partindo desse pressuposto, Olukolade e Osinowo (2017) conduziram um ensaio clínico randomizado visando avaliar qual a melhor terapia cognitiva para a melhora da depressão pós AVC. Participaram do estudo 35 pacientes que haviam sofrido AVC e realizavam acompanhamento no Hospital escola de Ibadan, Nigéria. Utilizou-se a escala BDI e a Escala de estresse de eventos de vida para as avaliações. Identificou-se que diferenças significativas nos

níveis de depressão em pacientes que haviam recebido terapia de reabilitação cognitiva, bem como aqueles que haviam recebido terapia psicoeducativa quando comparados aos pacientes do grupo controle. Além disso, o estresse não foi uma variável de confusão na eficácia das terapias avaliadas pelo estudo.

Huang e colaboradores (2019) conduziram um estudo longitudinal que avaliou a remissão de sintomas depressivos em 820 pacientes chineses que sofreram AVC. Os sintomas depressivos foram mensurados por meio da Escala de depressão de Hamilton. Observou-se que pacientes que apresentavam comprometimento cognitivo leve e que não haviam vivenciado grandes traumas, possuíam menos comorbidades e sem lesões neurológicas apresentaram melhor remissão dos sintomas depressivos após três da ocorrência do AVC.

Weaver et al. (2013) guiaram um estudo retrospectivo, com 118 participantes que haviam sofrido AVC, nos Estados Unidos, com o objetivo de identificar a relação entre a habilidade motora do braço e os sintomas depressivos. Não foram encontradas diferenças significativas. Em nosso estudo, também não foram encontradas associações na funcionalidade da extremidade superior quando comparadas com a função cognitiva.

Mello et al. (2016) em seu estudo avaliaram 191 pacientes, com o objetivo de avaliar o impacto da depressão maior na sobrevivência de pacientes que sofreram AVC e participavam do Estudo de Morbidade e Mortalidade por AVC (EMMA), realizado no Brasil. Identificou-se que indivíduos que apresentaram depressão pós-AVC tiveram menor sobrevivência quando comparados com aqueles sujeitos que não desenvolveram o quadro no período de 12 meses, logo a depressão pós-AVC é um indicativo de pior prognóstico.

Kontos e Medeiros (2020) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo de identificar os principais fatores associados ao surgimento dos sintomas depressivos pós-AVC. Pode-se constatar que a taxa de depressão costuma ser de 18 a 33%, no entanto costuma não ser tratada. Existem vários fatores de risco, tais como: sexo feminino, doença psiquiátrica, tipo de AVC e tamanho das lesões ocorridas, ter tido AVC no último ano, pouco suporte social e grau de deficiência. As intervenções que se mostraram mais eficazes são medicamentosas, psicossociais e com tratamento específico para o AVC.

Liu e Gu (2021) também realizaram uma revisão visando identificar os principais fatores associados à depressão pós-AVC e terapias. Verificou-se que a presença de inflamações, níveis de monoaminas, toxicidade por glutamato e resposta neurotrófica anormal foram associadas ao surgimento da depressão. As terapias psicológicas indicaram melhor índice de melhora.

Embora os estudos mostrem que as terapias psicológicas e medicamentosas são eficazes para o tratamento da depressão nos pacientes que sofreram AVC, muitos profissionais da saúde

desconhecem as possibilidades de intervenção e cuidado desses pacientes, como evidenciado por Wang et al. (2020), que estudaram 350 questionários respondidos por médicos de serviços terciários na China. Os profissionais deveriam responder sobre diagnóstico e tratamento da depressão no AVC. Constatou-se que os profissionais estabeleciam uma relação entre o AVC e a depressão, mas desconheciam métodos de investigação. Mais de 70% dos profissionais consideraram a terapia não medicamentosa como tratamento eficaz e 25% medicaram os pacientes quando sintomas leves foram identificados.

Por assim dizer, faz-se necessário diagnosticar a presença dos sintomas depressivos nos pacientes que sofrem AVC, pois a depressão pode comprometer o período de recuperação do paciente, não favorecendo o processo de reabilitação (BABUL et al., 2017). É importante salientar que existem lacunas no conhecimento sobre os preditores do surgimento da depressão, bem como dos sintomas depressivos no AVC, incidência, prevalência e etiologia (DAS, 2018).

5.4 Qualidade de vida

Em nosso estudo, verificou-se que existe uma correlação negativa entre os sintomas depressivos e a qualidade de vida ($R = -0,64$), ou seja, estão intimamente influenciados, de modo que quando uma dessas variáveis cresce, a outra automaticamente decresce.

Recentemente, Yoshida et al. (2019) conduziram um estudo com 135 pacientes, visando avaliar a associação entre o hemisfério cerebral afetado pelo AVC, sintomas depressivos, habilidade motora e função cognitiva, no Brasil. Foi observada uma correlação negativa entre todas as variáveis da habilidade motora, quando comparadas com os sintomas depressivos.

De igual modo, Almborg e colaboradores (2010) desenvolveram um estudo transversal com 188 pacientes suecos sobreviventes de AVC. Os pacientes foram entrevistados duas ou três semanas após a alta hospitalar, as avaliações foram feitas através da escala SF-36 e Barthel, que avaliam QV e da Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos. A presença de sintomas depressivos teve correlação significativa quando associada com pior qualidade de vida após a alta hospitalar, não favorecendo a reabilitação.

Souza e colaboradores (2012) conduziram um estudo transversal com 21 pacientes que possuíam diagnóstico de doença de chagas e haviam sofrido AVC, com o objetivo investigar a associação entre a funcionalidade, a QV e os sintomas depressivos. Verificou-se que melhor qualidade de vida estabeleceu maior associação com menor índice de sintomas depressivos.

Alghwiri et al. (2016) estudaram a relação entre depressão, desempenho físico e equilíbrio em sobreviventes de AVC. De forma semelhante, Matsuzaki et al. (2015) guiaram

um estudo com 117 pacientes sobreviventes de AVC, no Japão, identificou-se que tanto a apatia quanto a depressão podem ocorrer de forma independente após o AVC, mas terão impacto na recuperação física dos pacientes. Nota-se que correlações significativas puderam ser verificadas entre depressão e a capacidade motora, assim como em nosso estudo.

Pedersen et al., (2020) estudaram os fatores que podem impactar a QV de pacientes que sofreram AVC na fase subaguda, na Dinamarca e na Noruega, 369 pessoas foram avaliadas. Verificaram que melhor QV nos 12 meses seguintes após o AVC estava relacionada à autonomia do paciente antes de sofrer o evento e com a saúde mental, idade, gravidade do AVC. Em nosso estudo, a independência do paciente antes de sofrer o evento não foi avaliada, mas a idade e o tipo de AVC não relacionaram-se com pior QV.

Khedr et al. (2020) realizaram uma investigação entre pacientes que sofreram AVC pareados por idade e sexo com pessoas saudáveis, com o objetivo de descrever fatores associados à depressão e impactos na QV. A escolaridade, a renda, tabagismo e comprometimento da funcionalidade associaram-se ao surgimento de depressão pós-AVC. Faz-se necessário identificar os preditores da depressão pós-AVC, pois estarão intimamente relacionados com comprometimento da QV. Em nosso estudo, a renda relacionou-se significativamente com os sintomas depressivos. E a presença de sintomas depressivos associou-se com pior QV.

Im et al. (2020) avaliaram pacientes que sofreram AVC com 3, 6 e 12 meses após o evento, com a finalidade de avaliar prejuízos na QV. Os prejuízos no humor associaram-se com pior QV no 3º, 6º e 12º mês. A mobilidade no 3º mês. Mobilidade e comunicação no 6º mês. Neste trabalho, foi realizada uma correlação de Pearson para avaliar os escores do instrumento utilizado para avaliar a QV. Sendo humor ($R= 0,64$), mobilidade ($R= 0,70$) e linguagem ($R= 0,64$).

5.5 Considerações

Dessa forma, tendo como base os resultados obtidos em nosso estudo através das avaliações realizadas, assim como estudos realizados por outros pesquisadores, faz-se necessário não apenas rastrear previamente a função cognitiva, sintomas depressivos e a qualidade de vida em sobreviventes de AVC, deve-se também investir em programas de intervenção em saúde mental e reabilitação, de modo a ampliar as estratégias de cuidado no âmbito multiprofissional, para que o paciente e seus cuidadores possam ser assistidos em sua totalidade.

Em relação às limitações deste trabalho, trata-se de um estudo transversal, realizado num único centro, que mesclou na mesma amostra pacientes que haviam sofrido AVCi e AVCh, assim sendo, futuros estudos poderiam propor delineamentos longitudinais para acompanhar a função cognitiva, a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida ao longo do tempo, assim como realizar uma estratificação da amostra para haver uma diferenciação dos índices de depressão no AVCi e no AVCh, tamanho da amostra também poderia ser aumentado, com base em cálculos amostrais.

Este estudo só avaliou pacientes com a funcionalidade e as funções cognitivas minimamente preservadas, pacientes acamados, ou com fala ou escuta gravemente comprometida não foram avaliados. Estudos posteriores devem traçar estratégias nesse sentido, com a finalidade de mensurar sintomas depressivos e qualidade de vida nesses pacientes também.

Conclusão

5.CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre sintomas depressivos, função cognitiva e qualidade de vida em pacientes que sofreram AVC, nossas análises permitiram as seguintes observações:

- A maioria dos pacientes não apresentou comprometimento cognitivo;
- Os sintomas depressivos mínimos e leves foram mais prevalentes;
- A maioria dos pacientes não havia sofrido prejuízos na qualidade de vida;
- Identificou-se uma correlação inversamente proporcional entre os sintomas depressivos e a qualidade de vida;
- A escolaridade foi preditora independente do desfecho função cognitiva;
- A idade e a qualidade de vida funcionaram como preditoras independentes do desfecho sintomas depressivos;
- Os sintomas depressivos foi preditor independente do desfecho qualidade de vida.

Ressalta-se que os resultados e compreensões obtidos através deste estudo pesquisa não podem estender-se à população geral, pois trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, desenvolvida para avaliar os pacientes do ambulatório neurovascular do HCFMB.

Este trabalho visa contribuir para a prática profissional de todos os profissionais envolvidos no cuidado de pacientes que sofreram AVC e seus cuidadores.

Desse modo, conclui-se que o papel do psicólogo é fundamental junto às equipes multidisciplinares que dedicam-se ao cuidado de pacientes vítimas de AVC e suas fragilidades, no sentido de prevenir, identificar e traçar estratégias de cuidado e intervenção adequadas à população estudada.

A pessoa que sofre AVC precisa ser assistida em todas as esferas que compõem sua vida, para que sua sua autonomia seja restabelecida. Logo, o profissional psicólogo torna-se figura indispensável em todo processo, e pode favorecer a melhora do paciente na fase aguda, subaguda e crônica.

REFERÊNCIAS

- Aam S, Einstad MS, Munthe-Kaas R, Lydersen S, Ihle-Hansen H, Knapskog AB, et al. Post-stroke cognitive impairment-impact of follow-up time and stroke subtype on severity and cognitive profile: the Nor-COAST study. *Front Neurol* 2020;11:699.
- Alghwiri AA. The correlation between depression, balance, and physical functioning post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2016;25(2):475-9.
- Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2196-206.
- Araújo GKN, Souto RQ, Pottes FA, Sousa RCR, Ceballos AGC, Santos RC, et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enf [periódicos na Internet]*. 2019 [acesso em 23 jul 2021];32(3):312-318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>.
- Babul MR, Hassanuzzaman, Ahammed Z, Kibria A, Faruk G, Azam A, et al. Fluoxetine for Motor recovery after acute ischemic stroke: arandomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry Neurosci* 2017;5(3):31-6.
- Baptista SCPD, Juliani CMM, Olbrich SRLR, Braga GP, Bazan R, Spiri WC. Avaliação dos indicadores de óbito e incapacidade dos pacientes atendidos em uma unidade de acidente vascular cerebral. *Texto Contexto Enferm* 2018;27(2):e1930016.
- Barrios-López JM, Rego-García I, Muñoz Martínez C, Romero-Fábrega JC, Rivero Rodríguez M, Ruiz Giménez JA, et al. Ischaemic stroke and SARS-CoV-2 infection: a causal or incidental association? *Neurologia (Engl Ed)* 2020;35(5):295-302.
- Barros MBO, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros - PNS 2013. *Rev de Saúde Publica* 2017;51(Sup. 1):1s-10s.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq de Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
- Bour A, Rasquin S, Boreas A, Limburg M, Verhey F. How predictive is the MMSE for cognitive performance after stroke? *J Neurol* 2010;257(4):630-7.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003;61(3-B):777-781.
- Canuto MAO, Nogueira LT, Araújo TME. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm* 2016;29(3):245-52.
- Carod-Artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *J Neurol Sci.* 2009;284(1-2):63-8.

Carvalho IA, Deodato LFF. Fatores de risco do acidente vascular encefálico. *Rev Científ da FASETE* 2016;10(11):180-91.

Cengić L, Vuletić V, Karlić M, Dikanović M, Demarin V. Motor and cognitive impairment after stroke. *Acta Clin Croat.* 2011;50(4):463-7.

Costa TF, Bezerra TA, Pimenta CJL, Silva CRR, Ferreira GRS, Costa KNFM. Fatores associados à ideação suicida em cuidadores de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Rev Rene* 2020;21:42171.

Cruz CF, Silva SM, Araújo EF, Peniche PC, Aguiar LT, Faria CDCM. Relação entre fatores ambientais e qualidade de vida em indivíduos com acidente vascular cerebral usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Acta fisiátrica* 2019;26(2):108-114.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Dantas AATSG, Torres SVS, Farias IMA, Sant'Ana SBCL, Campos TF. Rastreamento cognitivo em pacientes com acidente vascular cerebral: um estudo transversal. *J Bras de Psiquiatr* [online]. 2014 [acesso em 23 jul 2021];63(2):98-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000012>.

Dong L, Sánchez BN, Skolarus LE, Stulberg E, Morgenstern LB, Lisabeth LD. Sex difference in prevalence of depression after stroke. *Neurology.* 2020;94(19):e1973-e1983.

Duarte LCA, Fratelli CF, Silva CMS, Ferreira LB, Souza HC, Silva ICR. Polimorfismo do gene CYP2D6 1846 G/A em associação com o acidente vascular encefálico/aneurisma em uma população do Distrito Federal (Brasil). *Rev de Divulgação Científ Sena Aires* 2019;8(4):496-504.

Engel L, Chudyk AM, Ashe MC, McKay HA, Whitehurst DGT, Bryan S. Older adults' quality of life - Exploring the role of the built environment and social cohesion in community-dwelling seniors on low income. *Soc Sci Med* 2016;164:1-11.

Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108(7):3017-22.

Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016;15(9):913-924.

Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CL, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* 2018;67(2):101-9.

Goulart AC. Estudo EMMA: estudo coorte brasileiro baseado na comunidade sobre mortalidade e morbidade por acidente vascular cerebral. *São Paulo Med J.* 2016;134(6):543-54, 2016.

Hommel M, Carey L, Jaillard A. Depression: cognition relations after stroke. *Int J Stroke*. 2015;10(6):893-6.

Huang J, Zhou FC, Guan B, Zhang N, Wang A, Yu P, et al. Predictors of remission of early-onset poststroke depression and the interaction between depression and cognition during follow-up. *Front Psychiatry*. 2019;9:738.

Ibrahimagic OC, Smajlovic D, Kunic S, Dostovic Z, Custovic A, Sehanovic A, et al. Post-stroke depression. *Mater Sociomed* 2019;31(1):31-34.

Im HW, Kim WS, Kim S, Paik NJ. Prevalence of worsening problems using post-stroke checklist and associations with quality of life in patients with stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020;29(12):105406.

Khedr EM, Abdelrahman AA, Desoky T, Zaki AF, Gamea A. Post-stroke depression: frequency, risk factors, and impact on quality of life among 103 stroke patients-hospital-based study. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 2020;56:66.

Kontos M, Kostakis ID, Constantinidou A, Parkin A, Fletcher M, Coltman L, et al. Primary endocrine treatment for breast cancer in the elderly. *Breast J*. 2020;26(3):585-587.

Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. *Stroke*. 1998;29(2):368-72.

Lacerda NN, Gomes EB, Pinheiro HA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na estabilidade postural e risco de quedas em pacientes com sequela de acidente vascular encefálico: estudo piloto. *Fisioter Pesqui* 2013;20(1):37-42.

Leão KF, Zanini DS. Desempenho cognitivo de indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico. *Psicol. Am. Lat* 2019;32:119-131.

Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriá MOB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [online]. 2016 [acesso em 19 jul 2021];69(4):738-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vGyJbL5C4786CkJJcQtcYTf/?format=pdf&lang=pt>

Lima RCM, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Gomes-Neto M. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo Rasch. *Rev Bras Fisioter* 2008;12(2):149-56.

Liu J, Gu Y, Guo M, Ji X. Neuroprotective effects and mechanisms of ischemic/hypoxic preconditioning on neurological diseases. *CNS Neurosci The*. 2021;27(8):869-882.

Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017;51(Supl 1):4s.

Marques ÉA, Santos CT, Amaral MB, Paula SDS. Escalas aplicadas em pacientes com suspeita e diagnóstico de acidente vascular encefálico. *Rev Nursing* 2019;22(51):2921-5.

- Mello RF, Santos IS, Alencar AP, Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC. Major depression as a predictor of poor long-term survival in a Brazilian stroke cohort (study of stroke mortality and morbidity in adults) EMMA study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2016;25(3):618-25.
- Muller M. Recorrência e letalidade do acidente vascular cerebral em Joinville, Brasil: estudo prospectivo de base populacional. Joinville. Dissertação [Mestrado em Saúde e Meio Ambiente] - Universidade da Região de Joinville; 2018.
- Müller MD, Bonati LH. Carotid artery stenosis – Current evidence and treatment recommendations. *Clinical and Translational Neuroscience* 2021.
- Nunes HJM, Queirós PJP. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Rev Bras Enferm* 2017;70(2):415-23.
- Oliveira IJ, Couto GR, Mota LAN. Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. *Rev de Enfermagem* 2019;4(23):133-40.
- Olukolade O, Osinowo HO. Efficacy of cognitive rehabilitation therapy on poststroke depression among survivors of first stroke attack in Ibadan, Nigeria. *Behav Neurol* 2017;2017:4058124.
- Pantoni L, Gorelick P. Advances in vascular cognitive impairment 2010. *Stroke* 2011;42(2):291-3.
- Pedersen SG, Friberg O, Heiberg GA, Arntzen C, Stabel HH, Thrane G, et al. Stroke-Specific Quality of Life one-year post-stroke in two Scandinavian country-regions with different organisation of rehabilitation services: a prospective study. *Disabil Rehabil* 2020:1-11.
- Pedra EFP, Pontes VL, Mourão AM, Braga MA, Vicente LCC. Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *Codas* 2020;32(1):e20180229.
- Pegito I, Lambeck J, Torres-Parada M, Miranda JGV, Costa JV. Treinamento de classe em circuito em água versus terra em pacientes pós-acidente vascular cerebral: um protocolo para um estudo controlado randomizado. *Rev Pesq Fisio* 2018;8(3):377-386.
- Przewoźnik DA, Rajtar-Zembaty AM, Bober-Płonka B, Starowicz-Filip A, Nowak R, Przewłocki R. The Post Stroke Depression Scale (PSDRS) as a tool for evaluation of depressed mood at an early stage after cerebral stroke. *Przegl Lek* 2016;73(9):648-51.
- Ramos NM, Oliveira JS, Nascimento NMR, Oliveira CJ, Nóbrega MML, Félix NDC. Diagnósticos de enfermagem da cipe para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. *Enferm Foco* 2020;11(2).
- Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Interface* 2017;21(62):641-650.
- Santos EB, Rodrigues RAP, Marques S, Pontes-Neto OM. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(5):797-803.

Schmidt MH, Selau SM, Soares PS, Franchi EF, Piber VD, Quatrin LB. Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. *Arq Cienc Saúde UNIPAR* 2019;23(2):139-144.

Sexton E, McLoughlin A, Williams DJ, Merriman NA, Donnelly N, Rohde D, et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. *Eur Stroke J* 2019;4(2):160-71.

Soeiro VMS, Coimbra LC, Aquino DMC, Goiabeira YNLA, Viana LS, Ramos ÉLA. Perfil dos pacientes acompanhados pelo SIS-HiperDia em um estado do nordeste brasileiro. *Arch Health Sci* 2019;26(1):28-31.

Souza AC, Rocha MO, Teixeira AL, Dias Júnior JO, Sousa LA, Nunes MC. Depressive symptoms and disability in chagasic stroke patients: impact on functionality and quality of life. *J Neurol Sci* 2013;324(1-2):34-7.

Yoshida HM, Lima FO, Barreira J, Appenzeller S, Fernandes PT. Is there a correlation between depressive symptoms and motor skills in post-stroke patients? *Arq Neuropsiquiatr* 2019;77(3):155-160.

Yoshida HM, Barreira J, Fernandes PT. Habilidade motora, sintomas depressivos e função cognitiva em pacientes pós-AVC. *Fisioter Pesqui* 2019;26(1):9-14.

Zhao FY, Yue YY, Li L, Lang SY, Wang MW, Du XD, et al. Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China. *Braz J Psychiatry* 2018;40(3):325-334.

Weaver LL, Page SJ, Sheffler L, Chae J. Minimal depression: how does it relate to upper-extremity impairment and function in stroke? *Am J Occup Ther* 2013;67(5):550-5.

Weinstein G, Preis SR, Beiser AS, Au R, Kelly-Hayes M, Kase CS, et al. Cognitive performance after stroke - the Framingham Heart Study. *Int J Stroke* 2014;9 Suppl A100(0):48-54.

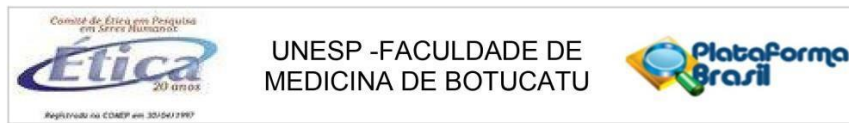
World Health Organization. WHO Steps Stroke Manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva: WHO; 2016.

Wong A, Wang D, Black SE, Nyenhuis DL, Shi L, Chu WC, et al. Volumetric magnetic resonance imaging correlates of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment neuropsychology protocols. *J Clin Exp Neuropsychol* 2015;37(9):1004-12.

ANEXOS

Anexo A

Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de sintomas depressivos em pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Pesquisador: ELOISA DA FONSECA DOMINGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09865719.7.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.242.332

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional de caráter transversal envolvendo participantes que sofreram um AVC. Os pesquisadores pretendem avaliar a prevalência de sintomas depressivos em participantes que sofreram AVC e que se encontrem em acompanhamento no ambulatório de doenças neurovasculares do HC-FMB. Para tanto serão realizadas entrevistas estruturadas com aplicação dos seguintes questionários: mini-exame do estado mental, escala de depressão de Beck, e escala de qualidade de vida específica para o AVC. Também serão colhidos dados clínicos através do prontuário eletrônico dos participantes. Os pesquisadores pretendem avaliar um total de 96 participantes.

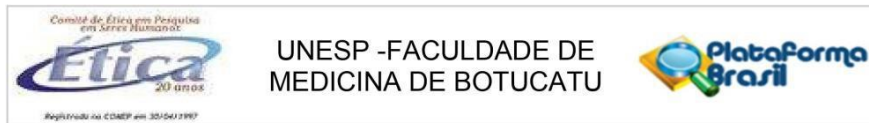
Critério de Inclusão:

- Possuir idade igual ou maior que 18 anos;
- Ter sofrido AVC, ter sido hospitalizado na Unidade de AVC do HCFMB e estar sendo assistido no ambulatório NeuroVascular do HCFMB;

Critério de Exclusão:

- Possuir condições de comunicação e compreensão comprometidas, de modo a inviabilizar a aplicação dos instrumentos;
- Possuir demência.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.242.332

| | | | | |
|-------------------|-------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Cronograma | cr.odt | 16:57:17 | FONSECA DOMINGUES | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Eloisa.docx | 12/02/2019 12:15:23 | ELOISA DA FONSECA DOMINGUES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 03 de Abril de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Júnior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "Prevalência de sintomas depressivos em pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC)", que será desenvolvido por mim Eloisa da Fonseca Domingues, Psicóloga, com orientação da profissional Enfermeira e Professora Regina Célia Popim da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

Estou estudando os sintomas depressivos em pacientes que sofreram AVC, isto é, se os pacientes que sofreram AVC apresentam desajustamentos do humor. Para que eu possa obter um resultado válido, solicito o seu consentimento para aplicar três questionários, são eles: Mini exame do estado mental, que tem por objetivo avaliar sua capacidade cognitiva, tem duração média de 10 minutos. Escala de depressão de Beck, para verificar a presença de sintomas depressivos, também tem duração média de 10 minutos e por fim, a escala específica de qualidade de vida para o AVC, que sua aplicação não ultrapassa 5 minutos. A rotina de atendimentos do ambulatório NeuroVascular será respeitada.

Solicito ainda seu consentimento para consultar também o seu prontuário médico para coletar outras informações lá contidas como variáveis sociodemográficas e clínicas referentes a consultas feitas anteriormente pelo (a) Senhor (a).

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 as 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Junior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO

EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados, estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Eloisa da Fonseca Domingues

Participante da Pesquisa

Nome (Pesquisador): Eloisa da Fonseca Domingues
Telefone: (14) 99868 - 0347
Endereço: Rua Pedro Nespeca, 15. Cerqueira César – SP.
E-mail: eloisadomingues23@outlook.com

Nome (Orientador): Regina Célia Popim
Telefone: (14) 99661 8176
Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. Bairro: UNESP - Campus de Botucatu
Email: rpopim@fmb.unesp.br

Anexo C

Questionário sociodemográfico



QUESTIONÁRIO – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____ RG: _____

Data de Avaliação: ___/___/___ Data de Nascimento: ___/___/___

1. Sexo _____

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2. Idade _____

- (1) 18-29 anos
- (2) 30-49 anos
- (3) 50-69 anos
- (4) 70-anos

3. Escolaridade nº anos _____

- (1) 1ª a 4ª série
- (2) 5ª a 8ª série
- (3) 2º grau incompleto
- (4) 2º grau completo
- (5) Ensino superior incompleto
- (6) Ensino superior completo
- (7) Não alfabetizado

4. Renda Familiar _____ Quantas pessoas vivem c/ a renda _____ Renda per capita _____

- (1) < 1 sal. min.
- (2) 1-2 sal.min.
- (3) 2 ou > sal.min.

5. Ocupação _____

- (1) qualificada
- (2) não qualificada

6. Composição familiar _____

7. Rede de apoio _____

Anexo D

Questionário variáveis clínicas



QUESTIONÁRIO – VARIÁVEIS CLÍNICAS

1. Número de eventos: _____

(1) 1 a 2 eventos

(2) 3 ou mais

2. Tipo de AVC: _____

(1) Hemorrágico

(2) Isquêmico

3. Comorbidades: _____

(1) Hipertensão Arterial

(2) Diabetes

(3) Insuficiência Cardíaca

(4) Tabagismo

(5) Outras

4. Medicações em uso: _____

5. Tempo de internação: _____

6. Tempo de acompanhamento no ambulatório: _____

7. Presença de infecções: _____

(1) Urinária

(2) Pneumonia

(3) Corrente sanguínea

(4) Outras

8. Existência de diagnóstico prévio de depressão: _____

Anexo E
Mini exame do estado mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

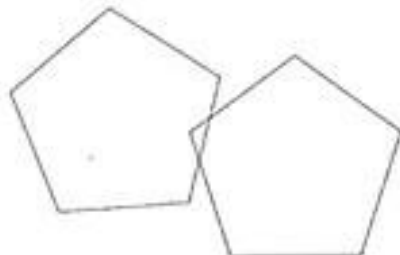
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



Anexo F

Escala de depressão de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

| | |
|---|---|
| <p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|---|---|

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

| | |
|---|---|
| <p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Mau apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p> | <p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p> |
|---|---|

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo G
Escala de qualidade de vida específica para o Acidente Vascular Encefálico

| ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA AVE (EQVE-AVE) | | | |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------------|
| NOME: | | Sexo: | Prontuário: |
| | | Idade: | Data da Lesão: |
| Lado Dominante ou Parético: () D () E | | Alfabetização: | Data da Avaliação: |
| Diagnóstico: | | | Avallador: |
| PONTUAÇÃO - CADA ITEM SERÁ PONTUADO COM O SEGUINTE CRITÉRIO: | | | |
| VALOR | CID | A | D |
| 1 | Concordo inteiramente | Ajuda total | Não pode fazer |
| 2 | Concordo mais ou menos | Muita ajuda | Muita dificuldade |
| 3 | Nem concordo nem discordo | Alguma ajuda | Alguma dificuldade |
| 4 | Discordo mais ou menos | Um pouco de ajuda | Um pouco de dificuldade |
| 5 | Discordo inteiramente | Nenhuma ajuda | Nenhuma dificuldade |
| ITEM | ESCORES | | |
| Energia | | | |
| 1. Eu me senti cansado a maior parte do tempo. | | | |
| 2. Eu tive que parar e descansar durante o dia. | | | |
| 3. Eu estava cansado demais para fazer o que eu queria. | | | |
| Papéis Familiares | | | |
| 1. Eu não participei em atividades apenas por lazer/diversão com minha família. | | | |
| 2. Eu senti que era um fardo/peso para minha família. | | | |
| 3. Minha condição física interferiu com minha vida pessoal. | | | |
| Linguagem | | | |
| 1. Você teve dificuldade para falar? Por exemplo, não achar a palavra certa, gaguejar, não conseguir se expressar, ou embolar as palavras? | | | |
| 2. Você teve dificuldade para falar com clareza suficiente para usar o telefone? | | | |
| 3. Outras pessoas tiveram dificuldade de entender o que você disse? | | | |
| 4. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer? | | | |
| 5. Você teve que se repetir para que os outros pudessem entendê-lo? | | | |
| Mobilidade | | | |
| 1. Você teve dificuldade para andar? (Se o paciente não pode andar, vá para questão 4 e pontue as questões 2 e 3 com 1 ponto.) | | | |
| 2. Você perdeu o equilíbrio quando se abaixou ou tentou alcançar algo? | | | |
| 3. Você teve dificuldade para subir escadas? | | | |
| 4. Ao andar ou usar a cadeira de rodas você teve que parar e descansar mais do que gostaria? | | | |
| 5. Você teve dificuldade para permanecer de pé? | | | |
| 6. Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira? | | | |
| Humor | | | |
| 1. Eu estava desanimado sobre meu futuro. | | | |
| 2. Eu não estava interessado em outras pessoas ou em outras atividades. | | | |
| 3. Eu me senti afastado/isolado das outras pessoas. | | | |
| 4. Eu tive pouca confiança em mim mesmo. | | | |
| 5. Eu não estava interessado em comida. | | | |
| Personalidade | | | |
| 1. Eu estava irritável/irritado. ("Com os nervos a flor da pele") | | | |
| 2. Eu estava impaciente com os outros. | | | |
| 3. Minha personalidade mudou. | | | |
| Auto-cuidado | | | |
| 1. Você precisou de ajuda para preparar comida? | | | |
| 2. Você precisou de ajuda para comer? Por exemplo, para cortar ou preparar a comida? | | | |
| 3. Você precisou de ajuda para se vestir? Por exemplo, para calçar meias ou sapatos, abotoar roupas ou usar um zíper? | | | |
| 4. Você precisou de ajuda para tomar banho de banheira ou chuveiro? | | | |
| 5. Você precisou de ajuda para usar o vaso sanitário? | | | |
| Papéis Sociais | | | |
| 1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria. | | | |
| 2. Eu dediquei menos tempo aos meus hobbies e lazer do que eu gostaria. | | | |
| 3. Eu não encontrei tantos amigos meus tanto quanto eu gostaria. | | | |
| 4. Eu tive relações sexuais com menos frequência do que gostaria. | | | |

| ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICA PARA AVE (EQVE-AVE) | |
|--|-----|
| 5. Minha condição física interferiu com minha vida social. | |
| Memória / Concentração | |
| 1. Foi difícil para eu me concentrar. | |
| 2. Eu tive dificuldade para lembrar das coisas. | |
| 3. Eu tive que anotar as coisas para me lembrar delas. | |
| Função da Extremidade Superior | |
| 1. Você teve dificuldade para escrever ou digitar? | |
| 2. Você teve dificuldade para colocar meias? | |
| 3. Você teve dificuldade para abotoar a roupa? | |
| 4. Você teve dificuldade para usar o zíper? | |
| 5. Você teve dificuldade para abrir uma jarra? | |
| Visão | |
| 1. Você teve dificuldade em enxergar a televisão o suficiente para apreciar um programa? | |
| 2. Você teve dificuldade para alcançar as coisas devido à visão fraca? | |
| 3. Você teve dificuldade em ver coisas nas suas laterais/de lado? | |
| Trabalho / Produtividade | |
| 1. Você teve dificuldade para fazer o trabalho caseiro diário? | |
| 2. Você teve dificuldade para terminar trabalhos ou tarefas que havia começado? | |
| 3. Você teve dificuldade para fazer o trabalho que costumava fazer? | |
| ESCORE TOTAL | /49 |

Fonte: WILLIAMS, L.S. *et al.* Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, v. 30, p. 1362-69, 1999.