

VALERI ALEXANDRA DELGADO GUAJARDO

**Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em
pacientes com acidente vascular cerebral**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Renério Fráguas Júnior

**São Paulo
2012**

VALERI ALEXANDRA DELGADO GUAJARDO

**Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em
pacientes com acidente vascular cerebral**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Renério Fráguas Júnior

**São Paulo
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guajardo, Valeri Alexandra Delgado
Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com
acidente vascular cerebral / Valeri Alexandra Delgado Guajardo. -- São Paulo, 2012.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.
Orientador: Renério Fráguas Júnior.

Descritores: 1.Acidente vascular cerebral 2.Depressão 3.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-182/12

DEDICATÓRIA

Ao meu querido esposo, Ivan, pelo apoio, incentivo, carinho, e principalmente, por
acreditar em mim.

A minha filha Yasmin que me deu fortaleza e serenidade desde a sua chegada.

Ao meu irmão, Oliver, por sua fidelidade, amizade e apoio incondicional.

E finalmente, meus pais, Ricardo e Valentina, que me possibilitaram a melhor
educação e me ensinaram o valor da perseverança e determinação.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Renério Fráguas Júnior que me orientou e possibilitou meu crescimento profissional, pela disponibilidade e atenção dedicada durante todo o trabalho, e principalmente, por todas as contribuições no trabalho.

À Dra. Luisa de Marillac Niro Terroni que me acolheu e permitiu a entrada no projeto, pela confiança no meu trabalho, pela disponibilidade em ensinar, pelo carinho e atenção ao longo de todo o trabalho.

À neuropsicóloga Matildes F. M. Sobreiro por todo apoio e colaboração ao longo do trabalho.

À psicóloga Dra. Danyella de Melo Santos que possibilitou minha participação no grupo, e sempre me incentivou e apoiou todo o trabalho.

Aos parceiros que me acolheram e participaram da realização do trabalho, psicóloga Maria Irene dos Santos, Dra. Patrícia Mattos e Profa. Dra. Gisela Tinone.

Às amigas do grupo: Ana Paula Garini, Camila Sabino de Freitas, Mariana Tortorelli e Caroline Mortágua pelo apoio e incentivo durante todo o trabalho.

À Eliza Fukushima e Isabel Ataíde que sempre estiveram disponíveis para esclarecer todas as dúvidas e orientar sobre todos os trâmites da pós-graduação, e também Edna Betânia Braz dos Santos, Alessandra Rodrigues e Luciana Santos pela ajuda constante.

À Dra. Mara Cristina Souza de Lucia, Dr. Teng C. Tung, Dr. Bruno Pinatti, Dr. Marco Abud, Dr. Renato Mancini, Dr. Eduardo Humes, e todo o grupo de pesquisa do Interconsultas pelo apoio, sugestões e acréscimos importantes ao longo de todo o trabalho.

A todos os estatísticos, Jony Arrais, Eduardo Nakanono, Rafael Izbicki, Camila Bertini Martins e Bernardo dos Santos pelas análises estatísticas.

Aos pacientes e familiares que participaram deste estudo.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Acidente Vascular Cerebral	2
1.2. Qualidade de vida.....	3
1.3. Qualidade de vida e AVC.....	5
1.4. Depressão pós AVC	7
1.5. Qualidade de vida e Depressão pós AVC.....	8
2. OBJETIVO.....	11
3. HIPÓTESE.....	13
4. MÉTODOS.....	15
4.1. Esclarecimento e Aspectos éticos	16
4.2. Desenho do estudo	16
4.3. Seleção dos pacientes	16
4.3.1. Critérios de inclusão.....	17
4.3.2. Critérios de exclusão.....	17
4.4. Instrumentos.....	19
4.4.1. Entrevista Psiquiátrica.....	19
4.4.2. Avaliação da Qualidade de vida.....	20
4.4.3. Avaliação de sintomas depressivos.....	21
4.5. Amostra.....	21
4.6. Procedimentos.....	24
4.6.1. Primeira Avaliação (T1).....	24
4.6.2. Segunda Avaliação (T2).....	24
4.7. Análise Estatística.....	25

4.7.1. Tamanho da Amostra.....	25
4.7.2. Análise estatística.....	26
5. RESULTADOS.....	28
5.1. Análise descritiva.....	29
5.2. Investigação da associação de qualidade de vida três meses após AVC com sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas.....	33
5.3. Investigação da associação entre sintomatologia depressiva e os domínios de SF-36 longitudinalmente (Modelos de Efeitos Mistos).....	34
5.4 Investigação da associação entre a variação da qualidade de vida de T1 para T2 com a variação da sintomatologia depressiva de T1 para T2 e com sintomatologia depressiva em T2	36
5.5 Investigação da associação entre qualidade de vida três meses após AVC e, sintomas depressivos e qualidade de vida um mês após o AVC, controlando para sexo, idade, estado civil e escolaridade	37
5.6 Análise secundária	41
6. DISCUSSÃO	52
6.1 Sintomas depressivos e qualidade de vida após o AVC: o efeito da qualidade de vida basal	53
6.2 Sintomas depressivos e qualidade de vida após o AVC: o efeito da presença do episódio depressivo maior (EDM)	57
6.3 Relevância de intervenções terapêuticas	58
6.4 Evolução da qualidade de vida	59
6.5 Limitações	60
6.6 Perspectivas	62
7. CONCLUSÕES	63
8. ANEXOS	67
8.1 Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36	68
8.2 Manual estruturado para entrevista da Escala de Hamilton para depressão ampliado para a versão de 31 itens	76

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
OMS	Organização Mundial de Saúde
DPAVC	Depressão após o AVC
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição
SF-36	<i>Short-Form Health Survey</i>
CF	Capacidade funcional
AF	Aspecto físico
D	Dor
EGS	Estado Geral de Saúde
VT	Vitalidade
AS	Aspecto Social
AE	Aspecto Emocional
SM	Saúde Mental
HAM-D-31	Hamilton 31 itens
T1	Tempo 1 - um mês após o AVC
T2	Tempo 2 - três meses após o AVC
EDM	Episódio Depressivo Maior
SCF	Sumário Componente Físico
SCM	Sumário Componente Mental

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de fluxo de pacientes..... 23

Figura 2. Distribuição dos escores do SF-36 e sintomas depressivos (HAM) em T1 e T2 (média e desvio-padrão) 30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Motivos da exclusão de 237 pacientes durante a triagem na enfermaria de Neurologia Clínica do IC-HCFMUSP.....	22
Tabela 2. Características sócio-demográficas dos pacientes.....	29
Tabela 3. Média dos escores do SF-36 e sintomas depressivos de acordo com o HAM-D-31 dispostos por Sexo.....	31
Tabela 4. Média dos escores do SF-36 (duas medidas sumárias) em T1 e T2.....	32
Tabela 5. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada	33
Tabela 6. Análise de Modelos de Efeitos Mistos.....	35
Tabela 7. Correlação de Spearman entre o delta de SF-36 de T1 para T2 e sintomas depressivos de acordo com a HAM-D em T2 e o delta de HAM-D de T1 para T2.....	36
Tabela 8. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada).....	38
Tabela 9. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada)	40
Tabela 10. Características sócio-demográficas dos pacientes de acordo com a presença ou ausência de EDM em T1	41
Tabela 11. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada (valor-p) pacientes sem EDM em T1.....	42

Tabela 12. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada (valor-p) pacientes com EDM em T1 43

Tabela 13. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada) pacientes sem EDM em T1..... 45

Tabela 14. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada) pacientes com EDM em T1..... 47

Tabela 15. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada) pacientes sem EDM em T1...49

Tabela 16. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada) pacientes com EDM em T1.. 51

RESUMO

Guajardo VAD. *Associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com acidente vascular cerebral* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012, 87 p.

INTRODUÇÃO: O comprometimento da qualidade de vida após o acidente vascular cerebral tem sido associado com a sintomatologia depressiva. Entretanto, até o momento não se tem estudos investigando se a associação da sintomatologia depressiva com a qualidade de vida é independente da qualidade de vida no momento basal. Este estudo teve como objetivo principal investigar a associação entre sintomas depressivos detectados um mês após o acidente vascular cerebral e a qualidade de vida três meses posteriores ao acidente vascular cerebral e avaliar se essa associação independe da qualidade de vida um mês após o acidente vascular cerebral. Como objetivo secundário visou investigar a associação entre sintomas depressivos detectados três meses após o acidente vascular cerebral e a qualidade de vida três meses após o acidente vascular cerebral e avaliar se essa associação independe da qualidade de vida um mês após o acidente vascular cerebral. **MÉTODOS:** Neste estudo foram triados de modo consecutivo 343 pacientes admitidos na enfermaria de Neurologia do Hospital das Clínicas de São Paulo. Destes, foram elegíveis 106 pacientes, e 67 foram avaliados prospectivamente um e três meses após o acidente vascular cerebral. A avaliação psiquiátrica consistiu na aplicação da entrevista clínica estruturada para diagnóstico pelo DSM-IV e na versão de 31 itens da escala de Hamilton para depressão (HAM-D-31); a avaliação da qualidade de vida foi realizada com a versão de 36 itens do inventário de qualidade de vida do *Medical Outcomes Study* (SF-36). As avaliações foram realizadas em 2 momentos, sendo a primeira em média 37 dias ($dp \pm 6$) após o acidente vascular cerebral e a segunda em média 91,6 dias ($dp \pm 5,4$) após o acidente vascular cerebral. **RESULTADOS:** Houve associação entre sintomas depressivos um mês após o acidente vascular cerebral com a qualidade de vida três meses após o acidente vascular cerebral, mas tal associação deixou de ser significativa quando se considera a qualidade de vida um mês após o acidente vascular cerebral. Os sintomas depressivos três meses após o acidente vascular cerebral se associaram com a qualidade de vida três meses após o acidente vascular cerebral, independente da qualidade de vida um mês após o acidente vascular cerebral.

CONCLUSÕES: Os resultados salientam a associação da sintomatologia depressiva com a qualidade de vida, e evidenciam a relevância da avaliação da qualidade de vida basal quando se investiga prospectivamente o impacto da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida em pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral. Por outro lado, a associação da sintomatologia depressiva com a qualidade de vida no mesmo momento da avaliação independe da qualidade de vida prévia.

Descritores: acidente vascular cerebral, depressão, qualidade de vida

SUMMARY

Guajardo VAD. *Association between quality of life and depressive symptoms in patients with stroke* [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012, 87 p.

BACKGROUND: The impairment of quality of life after stroke has been associated with depressive symptoms. However, to date there has been studies investigating the association of depressive symptoms with quality of life are independent of the quality of life at baseline. This study aimed to investigate the association between depressive symptoms detected one month after the stroke and the quality of life three months after the stroke and assess whether this association is independent of the quality of life one month after the stroke. As a secondary objective was to investigate the association between depressive symptoms detected three months after the stroke and the quality of life three months after the stroke and assess whether this association is independent of the quality of life one month after the stroke. **METHODS:** This study screened 343 patients consecutively admitted to the neurology ward of the Hospital das Clinicas in Sao Paulo. Of these, 106 patients were eligible and 67 were prospectively evaluated one and three months after the stroke. The psychiatric evaluation was the application of structured clinical interview for DSM-IV diagnosis and 31 items on the version of the Hamilton Scale for Depression (HAM-D-31), the quality of life assessment was performed with the version of 36 items inventory of the quality of life of the Medical Outcomes Study (SF-36). The evaluations were carried out in two moments: the first 37 days on average (SD + 6) after the stroke and the second on average 91.6 days (SD + 5.4) after stroke. **RESULTS:** There was an association between depressive symptoms one month after the stroke with the quality of life three months after the stroke, but this association was no longer significant when considering the quality of life one month after the stroke. Depressive symptoms three months after stroke were associated with quality of life three months after stroke, regardless of the quality of life one month after the stroke. **CONCLUSIONS:** The results highlight the association of depressive symptoms with quality of life, and show the relevance of assessing the quality of life baseline when investigating prospectively the impact of depressive symptoms on quality of life in patients who suffered a stroke. Moreover, the association of depressive symptoms with the quality of life at the same time independent evaluation of the previous quality of life.

Descriptors: stroke, depression, quality of life

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como um déficit neurológico que está relacionado à restrição de fornecimento de sangue em uma determinada área do cérebro, ocasionando dano ou morte desta área (Evaristo 2008). A instalação é súbita e tem rápida evolução, podendo acarretar perda ou diminuição das funções físicas, sensoriais e cognitivas (Evaristo 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a duração dos sintomas e sinais neurológicos deve ser maior que 24 horas ou, quando menor, levar à morte (Evaristo 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 5 milhões de pessoas no mundo morram a cada ano devido ao AVC (Guyatt, Veldhuyzen Van Zanten et al. 1989). Mais de 85% dessas mortes ocorrem em pessoas que vivem em países de baixa e média renda e um terço ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade (Guyatt, Veldhuyzen Van Zanten et al. 1989). O número de mortes por AVC no mundo está projetado para aumentar para 6,5 milhões em 2015 e 7,8 milhões em 2030 (Ebrahim 1995). No Brasil, dados do Ministério da Saúde informam que o AVC é a primeira causa de morte, sendo responsável por 30% dos óbitos registrados no país (DATASUS 2005). A taxa de mortalidade no primeiro ano após o AVC é estimada entre 15% e 25% (Carod-Artal, Egido et al. 2000). Além disso, aproximadamente 30% dos pacientes com AVC tem risco de sofrer um segundo AVC (Ebrahim 1995).

O AVC é a doença crônica mais prevalente e é a principal causa de incapacidade funcional no mundo, atingindo entre 24% a 54% (incapacidade parcial ou total) da população (Sacco 1997). Assim, pacientes que sobreviveram a um AVC correm muitos riscos: cerca de 25% morrem após um ano, 30% necessitam de auxílio

para caminhar e 20% ficam com seqüelas graves (Guyatt, Veldhuyzen Van Zanten et al. 1989). Muitos pacientes ficam incapacitados e necessitam de ajuda nas atividades cotidianas, que precisa ser proporcionada por familiares, pelo sistema de saúde e até mesmo por instituições sociais (Guyatt, Veldhuyzen Van Zanten et al. 1989). Portanto, a maioria dos pacientes apresentam limitações que comprometem aspectos físicos, psicológicos e sociais, alterando de forma negativa a qualidade de vida (Terroni, Leite et al. 2003).

1.2 Qualidade de vida

O avanço terapêutico e tecnológico fez com que a sobrevivência dos pacientes, particularmente aqueles com doenças crônicas, aumentasse bastante, porém, freqüentemente permanecem complicações ou seqüelas com as quais os indivíduos sobrevivem vários anos (Ciconelli 1997).

A avaliação do tratamento destes pacientes era tradicionalmente baseada pelo julgamento médico, que orientava-se em avaliações de mortalidade e morbidade, além de parâmetros clínicos, laboratoriais e gráficos. Entretanto, o reconhecimento da necessidade de avaliar o tratamento pelo ponto de vista do paciente, ou seja, a percepção do próprio paciente em relação ao seu estado de saúde e qualidade de vida, fez com que se desenvolvesse o conceito de qualidade de vida. Assim, o conceito de qualidade de vida ganhou grande interesse por parte de médicos e pesquisadores da área da saúde, que a transformaram em uma medida quantitativa utilizada em ensaios clínicos, cujos resultados obtidos têm permitido a comparação entre diversas populações e patologias (Ciconelli 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1998, a qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas,

padrões e preocupações”(1998). Este conceito tem sido reconhecido como um indicador importante na promoção da saúde e prevenção de doenças (Seidl and Zannon 2004), pois centraliza-se na capacidade do indivíduo viver sem doenças ou de superar as dificuldades das condições de morbidade (Minayo, Hartz et al. 2000). Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente no alívio da dor e no mal-estar, intervindo sobre os complicações que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja atenuando as consequências dos mesmos (Minayo, Hartz et al. 2000).

A avaliação da qualidade de vida permite demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades e como se sentem em relação à elas. A aplicação repetida dessa avaliação pode definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais, tornando-se útil para avaliação de determinada intervenção (Ebrahim 1995).

Atualmente já existem vários instrumentos ou questionários disponíveis que permitem a avaliação da qualidade de vida dos pacientes com diferentes patologias. Esses instrumentos podem ser divididos em dois grupos, sendo os específicos e os genéricos. Os instrumentos específicos avaliam determinados aspectos da qualidade de vida de forma individual e específica, podendo detectar mudanças dos aspectos estudados. Os instrumentos genéricos são desenvolvidos e aplicados com a finalidade de refletir a vida dos pacientes em uma ampla variedade de populações, incluindo aspectos como função, disfunção e bem-estar emocional e físico (Patrick and Deyo 1989; Coons, Rao et al. 2000).

Portanto, ao descrever o comprometimento da qualidade de vida de determinada doença e ao comparar esta com outras patologias, pode-se demonstrar a sua importância tanto em nível individual, quanto social ou de saúde, dentro de uma comunidade. Ressaltando assim, a necessidade de parâmetros de avaliação, como a avaliação da qualidade de vida, que possibilitem nortear a distribuição de recursos dentro do sistema de saúde (Ciconelli 1997).

1.3 Qualidade de vida e AVC

O paciente com AVC muitas vezes pode apresentar uma boa recuperação em termos de atividades da vida diária e retorno ao trabalho, todavia, apesar desta aparente funcionalidade, a sua qualidade de vida não fica restabelecida ao nível pré-AVC (Niemi, Laaksonen et al. 1988). Portanto, sem uma avaliação da qualidade de vida, um tratamento pode ser considerado bem-sucedido apesar de um funcionamento psicossocial pobre ou ajuste com a doença (Buck, Jacoby et al. 2000). Por isso, muitos estudos vêm dando ênfase a avaliação da qualidade de vida e não apenas aos parâmetros clínicos após o AVC.

A redução na qualidade de vida dos pacientes após o AVC tem sido relatada por vários estudos (Astrom, Asplund et al. 1992; Sturm, Donnan et al. 2004). Esse comprometimento pode estar presente em distintas áreas, afetando até mesmo domínios como, lazer e sexualidade em até 61% dos pacientes, mesmo quatro a seis anos após o AVC (Viitanen, Fugl-Meyer et al. 1988).

De acordo com um estudo longitudinal, 77% dos pacientes apresentavam pior qualidade de vida dois anos após o AVC, sendo que o comprometimento se manteve constante nas avaliações realizadas um mês, seis meses e dois anos posteriores ao AVC (Ahlsio, Britton et al. 1984). Em outro estudo, a qualidade de vida permaneceu comprometida mesmo após três anos do AVC (Patel, McKeivitt et al. 2007). Assim também, outros autores encontraram uma pior satisfação de vida entre os pacientes três anos após o AVC quando comparados com idosos da população geral (Astrom, Asplund et al. 1992). Além deste achado, este estudo relatou que o AVC está associado a uma intensa redução na satisfação de vida global, sendo o pior índice de satisfação no terceiro mês após o AVC.

De acordo com um estudo brasileiro, o bem estar físico e psicossocial foi profundamente comprometido após o AVC, mesmo naqueles pacientes com AVC

“leve”. Assim, mesmo aqueles pacientes considerados independentes em suas atividades de vida diária, os aspectos emocionais, físicos e sociais foram afetados (Carod-Artal, Trizotto et al. 2009). Em outro estudo transversal brasileiro realizado com 66 pacientes com hemiplegia decorrente do AVC, os autores evidenciaram o decréscimo da qualidade de vida destes pacientes quando comparados com pessoas de idade semelhante que moram nas mesmas condições sociais (Makiyama, Battistella et al. 2004).

Entretanto, nem todos os estudos encontraram dados semelhantes. Skånér *et al.* (Skaner, Nilsson et al. 2007) avaliaram os pacientes no terceiro e décimo segundo mês posterior ao AVC, e encontraram que a auto-avaliação da saúde foi considerada por 62% dos pacientes como muito boa no terceiro mês após o AVC, sendo que essa porcentagem aumentou para 78% no décimo segundo mês.

Desta forma, muitos pesquisadores tem se preocupado cada vez mais em estudar os fatores que influenciam a qualidade de vida. Alguns autores têm dado ênfase ao gênero do paciente. Gray *et al.* (Gray, Sprigg et al. 2007) investigaram a diferença da qualidade de vida entre homens e mulheres após o AVC, encontrando que as mulheres têm pior qualidade de vida do que os homens. Entretanto, este dado não é confirmado por Jonsson *et al.* (Jonsson, Lindgren et al. 2005) que encontraram uma associação entre melhor qualidade de vida nos domínios de funcionamento físico, emocional, saúde geral e mental entre pacientes do sexo feminino no período após o AVC.

De acordo com um estudo brasileiro realizado com 263 pacientes, os dois principais fatores que influenciam a qualidade de vida dos pacientes com AVC são incapacidade e depressão pós AVC (Carod-Artal, Trizotto et al. 2009).

As complicações psiquiátricas são importantes fatores determinantes da avaliação da qualidade de vida, pois têm sido apontadas como desencadeantes da

incapacidade do paciente no período posterior ao AVC. Dentre as complicações psiquiátricas, a depressão é a mais prevalente e associada com pior prognóstico.

1.4 Depressão pós-AVC

A depressão pós-AVC (DPAVC) afeta cerca de um terço dos pacientes (Vestling, Tufvesson et al. 2003; Rabelo and Néri 2006), sendo a complicação psiquiátrica mais frequente após o AVC (Robinson 1997; Terroni, Leite et al. 2003),

A prevalência da depressão maior no período posterior ao AVC varia entre 10% a 34% (Robinson, Starr et al. 1983; Robinson, Starr et al. 1984; Burvill, Johnson et al. 1995; Terroni, Leite et al. 2003), sendo mais elevada do que na população geral, cuja taxa é de 17,1% ao longo da vida e 10% nos últimos 12 meses (Kessler, McGonagle et al. 1994). Esta variação da taxa de prevalência da DPAVC pode ser influenciada por vários fatores como o período após o AVC considerado no estudo, a definição de depressão, e a população estudada.

De acordo com um grupo de pesquisa que acompanhou prospectivamente durante dois anos pacientes com AVC, a taxa de prevalência de transtorno depressivo no período de duas semanas após o AVC foi de 47%, em três meses foi de 49%, seis meses foi de 60%, um ano 33% e dois anos após o AVC 42% (Robinson and Price 1982; Robinson, Starr et al. 1983; Robinson, Starr et al. 1984; Robinson, Starr et al. 1984; Robinson, Bolduc et al. 1987). Em outro estudo prospectivo realizado com 275 pacientes avaliados no terceiro e quarto mês após o AVC, a depressão foi detectada em 40% dos pacientes, sendo que 26% apresentaram depressão maior e 14% depressão menor (Vataja, Pohjasvaara et al. 2001).

Um estudo prospectivo realizado na Austrália encontrou que 17% dos pacientes apresentaram depressão cinco anos após o AVC (Paul, Dewey et al. 2006).

Em um estudo espanhol prospectivo realizado durante um ano, foi encontrado que 38% dos pacientes alcançavam escores para depressão maior (Carod-Artal, Egido et al. 2000), enquanto um estudo americano encontrou 30% dos pacientes deprimidos após três anos posteriores ao AVC (King 1996). Em um estudo brasileiro a prevalência de depressão pós AVC foi de 20% após dois anos do AVC (Carod-Artal, Trizotto et al. 2009).

A depressão pós AVC tem sido associada a um pior prognóstico (Terroni, Leite et al. 2003), ao prejuízo nas atividades de vida diária (Parikh, Robinson et al. 1990) e aumento da mortalidade (Burvill, Johnson et al. 1995). A presença de sintomas depressivos no primeiro mês após o AVC podem aumentar o risco de mortalidade em até duas vezes nos dois anos seguintes (House, Knapp et al. 2001). Também foram associados a um maior risco de redução do tempo de vida após o AVC, sentimentos de fatalismo, desesperança e desamparo, independente de outros fatores de risco (Lewis, Dennis et al. 2001).

A depressão pós AVC também está associada a uma disfunção cognitiva e a um agravamento do comprometimento funcional (Kimura, Robinson et al. 2000), além de comprometer a adesão ao tratamento, reduzir os níveis de energia, diminuir a interação social, a motivação, e afetar a percepção geral da saúde (Rabelo and Néri 2006) e da qualidade de vida (Ahlsio, Britton et al. 1984; Niemi, Laaksonen et al. 1988; Astrom, Asplund et al. 1992; King 1996; Jaracz and Kozubski 2003; Naess, Waje-Andreassen et al. 2006).

1.5 Qualidade de vida e Depressão pós AVC

Estudos têm relatado uma significativa associação entre qualidade de vida e DPAVC (Ahlsio, Britton et al. 1984; Astrom, Asplund et al. 1992; King 1996; Jonsson, Lindgren et al. 2005). Em um estudo brasileiro, a depressão pós AVC foi o preditor

mais fortemente associado com baixa qualidade de vida (Carod-Artal, Trizotto et al. 2009). Em estudos de corte transversal a depressão foi o fator mais fortemente associado à baixa qualidade de vida dos pacientes num período de 1 a 3 anos após o AVC. A depressão foi associada a um efeito negativo na qualidade de vida global e nos domínios de bem-estar, saúde e capacidade funcional no período de 1 a 3 anos posterior ao AVC (King 1996). Em outro estudo, os autores investigaram a qualidade de vida de 46 pacientes após quatro anos do primeiro AVC (Niemi, Laaksonen et al. 1988). A avaliação da qualidade de vida ocorreu após o AVC, e considerou a qualidade de vida no período anterior ao AVC e naquele momento posterior ao AVC. Os autores encontraram uma alta correlação entre tendência a depressão e comprometimento da qualidade de vida (Niemi, Laaksonen et al. 1988). Porém, a avaliação da qualidade de vida não foi analisada controlando as medidas de depressão e qualidade de vida prévia.

Além disso, resultados de estudos relatam que a depressão prediz a qualidade de vida tanto para o momento da avaliação como prospectivamente (Ahlsio, Britton et al. 1984; Astrom, Asplund et al. 1992; King 1996; Beekman, Penninx et al. 1998; Patel, McKevitt et al. 2007). Em um estudo alemão, os autores investigaram a qualidade de vida entre 3, 6 e 12 meses, e encontraram que pacientes com mais sintomas depressivos apresentaram pior qualidade de vida, sendo que os sintomas aumentaram entre 6 e 12 meses (Suenkeler, Nowak et al. 2002). Um estudo chinês longitudinal observou um aumento significativo da sintomatologia depressiva entre 3 e 12 meses após o AVC e, este foi negativamente associado com a qualidade de vida (Kwok, Lo et al. 2006). Em outro estudo longitudinal, o comprometimento da qualidade de vida foi identificado logo na primeira semana após o AVC e associado com a sintomatologia depressiva. Para isso, os autores compararam a avaliação que o paciente fazia da sua qualidade de vida antes e depois do AVC. (Ahlsio, Britton et al. 1984). Esse estudo

chama a atenção para a relevância de se considerar a qualidade de vida basal quando se investiga o impacto que a depressão pode exercer sobre a qualidade de vida.

Apesar deste estudo, não encontramos na literatura estudos investigando se a associação da depressão com a qualidade de vida é influenciada pela qualidade de vida em um momento anterior. Diante disso, pretende-se estudar o valor preditivo da depressão existente no período de um mês após o AVC para a qualidade de vida três meses posterior ao AVC, controlando-se para a qualidade de vida um mês após o AVC.

Desta forma, este estudo poderá trazer novas informações em relação à influência dos sintomas depressivos sobre a qualidade de vida na fase aguda posterior ao AVC, pois caso a sintomatologia depressiva seja detectada no período agudo após o AVC, possa ser tratada e deste modo melhorar a qualidade de vida futura.

2 OBJETIVO

2. OBJETIVO

Principal

Investigar se a qualidade de vida 3 meses após o AVC é influenciada por sintomas depressivos detectados 1 mês após o AVC e, avaliar se essa influência independe da qualidade vida 1 mês após o AVC.

Secundário

Investigar se a qualidade de vida 3 meses após o AVC é influenciada por sintomas depressivos 3 meses após o AVC e, avaliar se essa influência independe da qualidade vida 1 mês após o AVC.

3 HIPÓTESE

3. HIPÓTESES

- Sintomas depressivos detectados 1 mês após o AVC comprometem a qualidade de vida 3 meses após o AVC, independente da qualidade de vida 1 mês após o AVC.

- Sintomas depressivos detectados 3 meses após o AVC comprometem a qualidade de vida 3 meses após o AVC, independente da qualidade de vida 1 mês após o AVC.

4 MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1. Esclarecimento e Aspecto Ético

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “Depressão Após o AVC: Características e fatores de risco”, nº331/02, aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Todos os indivíduos seguidos e avaliados assinaram um termo de consentimento contendo informações sobre o risco da pesquisa da qual participaram e o caráter voluntário da participação. Este estudo ofereceu risco mínimo aos envolvidos.

4.2. Desenho do Estudo

O desenho do presente estudo é prospectivo com seguimento por três meses posteriores ao AVC.

4.3. Seleção dos pacientes

A amostra do presente estudo se formou a partir dos pacientes admitidos na enfermaria de Neurologia Clínica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HCFMSUP) devido a um AVC isquêmico, no período de agosto de 2002 até maio de 2008.

Para selecionar a amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídos pacientes com idade acima de 18 anos, que compareceram à primeira avaliação ambulatorial 1 mês após o primeiro episódio de AVC isquêmico supratentorial.

4.3.2 Critérios de exclusão:

Os pacientes foram excluídos do estudo caso tivessem síndrome de *Cushing*, hemorragia subaracnoideana, doença (demência) de *Binswanger*, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, tumor cerebral, demência, AVC prévio, antecedentes pessoais psiquiátricos de dependência de álcool e ou outras drogas nos últimos 12 meses, história prévia de episódio depressivo maior, história de transtorno afetivo bipolar, sintomas psicóticos e afasia grave que impedisse a avaliação.

- Seleção dos pacientes durante o processo de triagem

O diagnóstico do AVC foi realizado por neurologistas da enfermaria de Neurologia que eram cegos para o estudo, e o diagnóstico era feito de acordo com os critérios da OMS e confirmado em ressonância magnética. O diagnóstico neurológico ocorria normalmente na clínica independente do andamento da pesquisa.

A aplicação do protocolo de triagem foi realizada por psiquiatras da equipe de pesquisa durante a internação na enfermaria de Neurologia. As informações foram obtidas com o paciente e familiar. Quando havia alguma dúvida o caso era discutido com o neurologista assistente do caso. Os dados sobre condições médicas como síndrome de *Cushing*, hemorragia subaracnoideana, doença (demência) de *Binswanger*, esclerose lateral amiotrófica, tumor cerebral e demência foram pesquisados inicialmente no prontuário do paciente a partir dos registros médicos durante a triagem do paciente.

A afasia foi considerada impeditiva para a inclusão do paciente no estudo quando o comprometimento na comunicação impedia a realização de uma entrevista ou instrumento do estudo.

A demência prévia ao AVC foi considerada quando havia registro no prontuário da clínica neurológica de tal condição, ou quando, os antecedentes pessoais pregressos pesquisados pelos psiquiatras na fase de triagem, indicavam a existência prévia de demência. Para tanto, os psiquiatras utilizaram os critérios de Demência do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição (DSM-IV). Tal procedimento foi feito por entrevista médica aberta com o paciente e familiar. Este procedimento é o mesmo realizado por estudo prévio na área (de Coster, Leentjens et al. 2005).

Durante o procedimento de triagem para a seleção dos pacientes foram aplicados módulos da Entrevista clínica estruturada para diagnóstico pelo DSM-IV (SCID) para investigar a presença de Episódio Depressivo Maior (EDM) corrente e pregresso, EDM com início prévio ao AVC, para investigar transtorno afetivo bipolar (TAB), quadro psicótico e antecedente de dependência de drogas e outras substâncias nos últimos 12 meses.

Para pesquisa de antecedentes de dependência de álcool nos últimos 12 meses foi aplicado o CAGE (Masur e Monteiro 1983), e caso fosse positivo era aplicado o módulo de dependência ao álcool do SCID.

4.4. Instrumentos

Para a avaliação dos pacientes foram aplicados instrumentos descritos a seguir.

4.4.1. Entrevista Psiquiátrica

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I (SCID) foi utilizada para a realização do diagnóstico de EDM.

A adaptação da SCID para o DSM-IV foi desenvolvida por First et al. (Carod-Artal, Trizotto et al. 2009). Para o atual estudo foi utilizada a versão em português da SCID traduzida por Tavares (Carod-Artal and Egido 2009). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que permite realizar o diagnóstico do eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV. Pode ser utilizada para pacientes primariamente psiquiátricos, pacientes de outras especialidades médicas bem como indivíduos da população geral.

4.4.2. Avaliação da qualidade de vida

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, idealizado por Ware e Sherbourne (Ware and Sherbourne 1992), que foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Ciconelli (Ciconelli 1997).

Este instrumento tem sido amplamente utilizado por ser um questionário genérico de fácil administração e compreensão, que tem por finalidade fazer uma avaliação geral das diferentes áreas da vida relacionadas à saúde, do ponto de vista subjetivo.

O questionário é composto por 36 itens que avaliam oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspecto físico (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

A pontuação para cada um dos oito domínios varia de 0 a 100, onde cem seria uma boa percepção da saúde, função preservada e ausência de dor. O SF-36 tem o seu score obtido para cada um dos domínios conforme algoritmo descrito no manual publicado pelos autores (Carod-Artal 2009).

Pode-se ainda obter um score normalizado em relação à população norte-americana para cada um dos domínios, a partir do qual é possível calcular uma medida sumária para o componente físico e uma para o componente mental (Virues-Ortega, Carod-Artal et al. 2009). O componente físico (SCF) compreende a capacidade funcional, aspecto físico, dor e a saúde em geral, e o componente mental (SCM) é constituído por saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade.

O SF-36 foi elaborado para ser um instrumento auto-administrável, podendo, entretanto, ser aplicado por um entrevistador. Esse recurso foi

aplicado em nosso estudo, visando uniformizar a conduta, visto que a população que procura o HC-FMUSP apresenta significativa taxa de analfabetismo.

4.4.3. Avaliação de sintomas depressivos

Para avaliar e quantificar os sintomas depressivos foi utilizada a versão de 31 itens da Escala de Hamilton para Depressão, que é uma versão mais recente da Escala de Hamilton para depressão (HAM-D-17) (Hamilton 1960). A HAM-D-31 é composta por 31 itens e inclui sintomas atípicos e outros sintomas psicológicos não contemplados na versão de 17 itens. A avaliação foi realizada com o Manual Estruturado para Entrevista da Escala de HAM-D (Williams 1988) ampliado para 31 itens.

A Escala de HAM-D foi desenvolvida há mais de 40 anos sendo a mais usada mundialmente, e considerada a escala padrão ouro de comparação para outras escalas a serem desenvolvidas. Sua aplicação é realizada por um observador, e possui boa confiabilidade e validade, medindo a frequência e intensidade dos sintomas depressivos na última semana em escores de zero a dois ou zero a quatro.

4.5. Amostra

- Fluxo de pacientes

Na Figura 1 é apresentado o diagrama do fluxo de pacientes. No total foram triados 343 pacientes. Destes pacientes, 231 não preencheram os critérios de seleção para o acompanhamento longitudinal e 6 pacientes que preencheram os critérios se

recusaram a participar do estudo. Na tabela 1 são apresentados os motivos de não inclusão dos 237 pacientes. O grupo de pacientes elegíveis para o estudo foi composto por um grupo de 106 pacientes que aceitaram participar do estudo e forneceram o termo de consentimento assinado. Foi solicitada a assinatura do responsável pelo paciente quando este se encontrava impossibilitado por déficit motor. Trinta e um pacientes não compareceram à primeira avaliação um mês após o AVC. Desse modo, a amostra inicial do estudo foi composta por 75 (setenta e cinco) pacientes. Oito pacientes não compareceram na segunda avaliação ambulatorial (três meses após o AVC), resultando em uma amostra final de 67 pacientes admitidos de modo consecutivo na enfermaria da Neurologia Clínica do Instituto Central (IC-HCFMUSP) devido ao primeiro AVC isquêmico e supratentorial avaliados prospectivamente um e três meses após o AVC.

Os oito pacientes que não compareceram na segunda avaliação ambulatorial (três meses após o AVC) não diferiram em relação aos aspectos sócio-demográficos e clínicos quando comparados com os 67 pacientes analisados.

Tabela 1. Motivos da exclusão de 237 pacientes durante a triagem na enfermaria de Neurologia Clínica do IC-HCFMUSP

Exclusões	N	%
Afasia	37	16
AVC prévio; AVC há mais de 10 dias; AVC não encefálico	93	39
Antecedentes psiquiátricos	44	19
Doenças do Sistema Nervoso Central	21	8
Outros	36	16
Recusaram participar do estudo	6	2
TOTAL	237	100

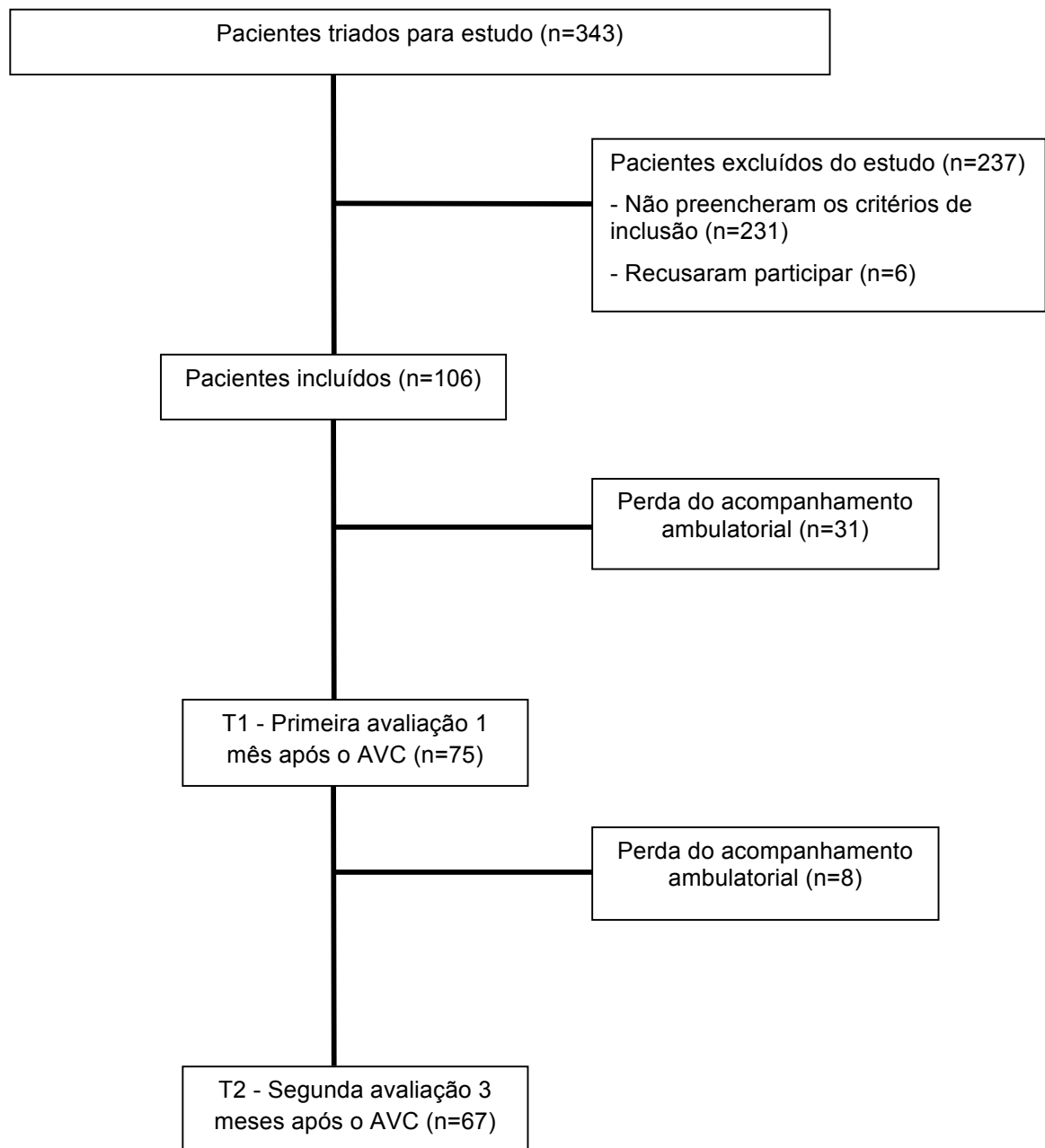


Figura 1. Diagrama de fluxo de pacientes

4.6. Procedimentos

Os pacientes foram avaliados de modo prospectivo em dois momentos durante os primeiros três meses posteriores ao AVC.

Na primeira avaliação (Tempo 1 - T1) 75 pacientes foram avaliados em média 37 dias ($dp \pm 6$) após o AVC e na segunda avaliação (Tempo 2 - T2) 67 pacientes foram avaliados em média 91,6 dias ($dp \pm 5,4$) após o AVC.

4.6.1 Primeira Avaliação (T1):

A primeira avaliação dos pacientes foi realizada entre 30 a 55 dias posteriores ao AVC, no ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Nesta primeira avaliação os pacientes foram submetidos às seguintes avaliações:

- SF-36
- HAM-D-31

4.6.2 Segunda Avaliação (T2):

A segunda avaliação foi realizada entre 80 a 110 dias após o AVC, também no ambulatório do Instituto de Psiquiatria (IPq-HCFMUSP). Na segunda avaliação os pacientes foram submetidos às seguintes avaliações:

- SF-36
- HAM-D-31

Durante o período de seguimento, se fosse verificado a presença de Episódio Depressivo Maior em uma das avaliações o paciente era encaminhado para tratamento.

Os pacientes que entraram para tratamento receberam orientação do psiquiatra. Para os casos leves a moderados foi utilizado placebo de modo simples cego por duas semanas, além de retirada de medicamentos psicotrópicos (washout), quando estes não fossem necessários para o paciente. Para os casos mais graves foi incluído o uso de psicoestimulante ou antidepressivo a critério clínico.

Após as duas semanas de uso de placebo, os pacientes que continuaram com pontuação maior ou igual a oito no HAM-D-31 iniciaram com sertralina 50mg/dia com aumento sucessivo de 50mg a cada duas semanas até o máximo de 200mg/dia se necessário. Foi realizado acompanhamento quinzenal por 12 semanas nos casos de remissão com sertralina com aplicação da escala HAM-D-31. Os pacientes receberam os medicamentos por duas semanas após o término do estudo. Após o final do estudo, os pacientes foram orientados e encaminhados para continuidade do tratamento no ambulatório do Instituto de Psiquiatria ou da região de origem.

Dos 67 pacientes analisados, 24 (35,8%) pacientes em T1 foram encaminhados para tratamento, mas somente 14 pacientes participaram de alguma intervenção. Destes, seis receberam placebo, sete receberam sertralina e um recebeu ritalina.

4.7. Análise Estatística

4.7.1 Tamanho da Amostra

O objetivo desse estudo foi investigar a existência de associação entre gravidade da depressão um mês após o AVC e qualidade de vida três meses após o AVC. Considerando a análise de regressão simples, seriam necessários

no mínimo 62 pacientes para obter significância estatística em um teste bicaudal, para um alfa de 5% com poder de 85%, com um coeficiente de variação $R^2 = 0,04$, equivalente a uma correlação de $R=0,2$. Segundo Stevenson (Stevenson 1981) esse valor é considerado uma correlação leve. Deste modo julgamos que a amostra de 67 pacientes que compareceram às avaliações de T1 e T2 seria suficiente para o desenvolvimento do estudo atual.

4.7.2 Análise estatística

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas a análise foi realizada através do cálculo de médias e desvio-padrão. Para as variáveis qualitativas foi realizado o cálculo de freqüências absolutas e porcentagens em cada uma das categorias.

A comparação entre as médias foi realizada pelo teste T-student ou teste Mann-Whitney se os dados apresentassem distribuição normal ou não, respectivamente. Para investigação da correlação entre dados considerados contínuos foi utilizado a Correlação de Pearson ou Spearman se os dados apresentassem distribuição normal ou não respectivamente. A avaliação de normalidade dos dados foi realizada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação das médias dos domínios do SF-36 entre T1 e T2; médias dos domínios de SF-36 entre homens e mulheres em T1 e T2; e a associação entre SF-36 em T2 e as variáveis sócio-demográficas.

Para investigar as variáveis que foram associadas à qualidade de vida em dois momentos através de uma análise longitudinal independente do tempo, foi utilizada a Análise de Modelos de Efeitos Mistos, onde os domínios de SF-36 eram as variáveis dependentes e como variáveis independentes os

dados sóciodemográficos, sintomas depressivos e o momento de avaliação após o AVC.

Para analisar a correlação da variação do SF-36 de T1 para T2, com a variação de HAM de T1 para T2 foi utilizada a correlação de Spearman.

A investigação do efeito em conjunto dos fatores sobre a qualidade de vida em T2 foi realizada pela análise de regressão linear múltipla. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio do SF-36 em T2 como variável dependente e, os sintomas depressivos em T1 como variável independente, sendo ajustados para SF-36 em T1, sexo, idade, estado civil e escolaridade. As mesmas equações foram construídas para cada domínio de SF-36 em T2, incluindo como variável independente sintomas depressivos em T2 ao invés de sintomas depressivos em T1.

Na análise secundária foram realizadas as mesmas análises descritas acima, de acordo com a presença ou ausência de EDM no T1.

5 RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

As características sócio-demográficas dos pacientes do estudo (n = 67) são apresentadas na Tabela 2. Os pacientes apresentavam uma média de idade de 52,5 ($\pm 15,3$) anos, sendo que 40 (59,7%) tinham companheiro, 47 (70,1%) tinham até oito anos de estudo, 44 (65,7%) estavam trabalhando antes do AVC e 44 (65,7%) eram do sexo masculino.

Tabela 2. Características sócio-demográficas dos pacientes

Variáveis numéricas	M \pm DP
Idade	52.5 \pm 15.3
Variáveis categóricas	
Sexo	
Feminino, n (%)	23 (34.3)
Masculino, n (%)	44 (65.7)
Estado civil, n (%)	
Com companheiro	40 (59.7)
Sem companheiro	27 (40.3)
Escolaridade, n (%)	
Até 8 anos de estudo	47 (70.1)
Mais de 9 anos de estudo	20 (29.9)
Trabalho, n (%)	
Trabalhando	44 (65.7)
Sem trabalho	23 (34.3)

N=67. M: média; DP: desvio padrão.

A distribuição da média dos escores do SF-36 no T1 (n = 75) e no T2 (n = 67) é apresentada na Figura 2. A média da pontuação dos domínios aspecto físico (p = 0,001) e aspecto social (p = 0,045) foram significativamente maiores na avaliação realizada 3 meses após o AVC (T2) em comparação com a avaliação realizada 1 mês após o AVC (T1) (Figura 2).

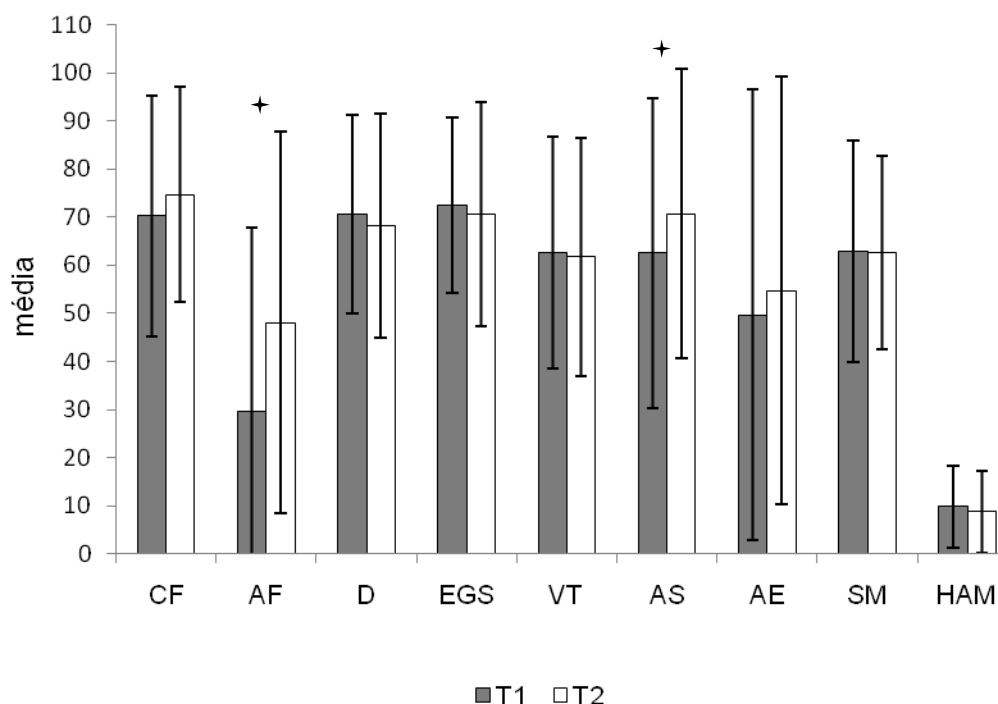


Figura 2. Distribuição dos escores do SF-36 e sintomas depressivos (HAM-D-31) em T1 e T2 (média e desvio padrão). * P < 0,050

Na primeira avaliação realizada após 1 mês do AVC (T1), não houve diferenças significativas entre homens e mulheres na média dos escores dos oito domínios do SF-36 e, também em relação à sintomatologia depressiva. No entanto, na segunda avaliação realizada após três meses do AVC (T2), a média do escore do domínio saúde mental foi significativamente menor nos pacientes do sexo feminino em comparação com o sexo masculino (p = 0,048).

A média dos escores do SF-36 nas mulheres permaneceu estável durante o período de observação, sendo que, apenas o domínio de aspecto físico aumentou significativamente ao longo do tempo ($p = 0,048$). Nos homens, os escores do SF-36 aumentaram de forma significativa ao longo do tempo nos domínios aspecto físico ($p = 0,009$) e também no aspecto social ($p = 0,030$) (Tabela 3).

Tabela 3. Média dos escores do SF-36 e sintomas depressivos (HAM-D-31) dispostos por Sexo

	T1	T2	p-valor
	N=50	N=44	
Homens	média (\pm DP)	média (\pm DP)	
CF	68,5 (\pm 26,2)	73,9 (\pm 22,1)	0,176
AF	29,5 (\pm 35,6)	47,7 (\pm 40,2)	0,009*
D	70,4 (\pm 21,2)	71,1 (\pm 20,3)	0,885
EGS	73,7 (\pm 16,4)	73,7 (\pm 20,0)	0,791
VT	63,7 (\pm 24,7)	63,4 (\pm 22,8)	0,884
AS	62,1 (\pm 32,8)	73,2 (\pm 29,4)	0,030*
AE	49,3 (\pm 47,2)	55,2 (\pm 44,8)	0,531
SM	66,8 (\pm 20,4)	66,5 (\pm 17,1)	0,695
HAM-D-31	9,5 (\pm 9,1)	7,7 (\pm 8,1)	0,071
Mulheres	N=25	N=23	
CF	73,6 (\pm 22,3)	76,3 (\pm 23,4)	0,142
AF	30,0 (\pm 43,8)	48,9 (\pm 39,5)	0,048*
D	70,8 (\pm 19,8)	62,3 (\pm 27,8)	0,219
EGS	69,9 (\pm 21,4)	64,6 (\pm 27,9)	0,126
VT	60,6 (\pm 23,0)	58,4 (\pm 28,5)	0,507
AS	63,2 (\pm 31,3)	65,9 (\pm 31,2)	0,819
AE	50,6 (\pm 47,2)	53,6 (\pm 44,6)	0,964
SM	55,2 (\pm 26,5)	54,7 (\pm 23,4)	0,285
HAM-D-31	10,6 (\pm 7,3)	10,8 (\pm 9,0)	0,667

CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. * $P < 0,050$.

A pontuação média das duas medidas sumárias, SCF e SCM, são apresentados na Tabela 4. Houve um aumento significativo no SCP três meses após o AVC (SCF: $p = 0,049$). No entanto, no seguimento da SCM, não houve diferença significativa (SCM: $p = 0,420$).

Tabela 4. Média dos escores do SF-36 (duas medidas sumárias) em T1 e T2

	T1 (n = 75) média (\pm DP)	T2 (n = 67) média (\pm DP)	p-valor
SCF	61,0 (\pm 16,7)	65,4 (\pm 20,7)	0,049*
SCM	60,0 (\pm 24,3)	62,4 (\pm 23,2)	0,420

DP: desvio padrão; SCF: Sumário Componente Físico; SCM: Sumário Componente Mental. * $P < 0,050$.

5.2 Investigação da associação de qualidade de vida três meses após AVC com sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas

Primeiramente foi realizada uma análise não ajustada para investigação da associação do SF-36 em T2 com sintomas depressivos em T1 e em T2 e com as variáveis sócio-demográficas.

Foi encontrado que apenas o domínio de saúde mental (SM) apresentou associação significativa com o sexo (Tabela 5), os demais sete domínios do SF-36 em T2 não apresentaram associação significativa com as variáveis sócio-demográficas.

Em contrapartida, sete domínios do SF-36 em T2 foram associados significativamente aos sintomas depressivos em T1 e, cinco domínios do SF-36 em T2 foram associados significativamente aos sintomas depressivos em T2 (Tabela 5).

Tabela 5. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada (valor-p)

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	0,533	0,897	0,364	0,229	0,726	0,363	0,789	0,048*
Idade	0,858	0,584	0,158	0,178	0,495	0,427	0,420	0,756
Estado civil (sem companheiro)	0,944	0,969	0,568	0,294	0,954	0,498	0,643	0,778
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	0,071	0,966	0,899	0,145	0,670	0,394	0,720	0,087
HAM T1	0,027*	0,016*	0,309	0,018*	0,008*	0,049*	0,022*	0,015*
HAM T2	0,006*	0,003*	0,019*	0,108	<0,001*	0,057	0,067	<0,001*

N=67. CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. * P < 0,050.

5.3 Investigação da associação entre sintomatologia depressiva e os domínios de SF-36 longitudinalmente (Modelos de Efeitos Mistos)

As variáveis que foram associadas aos domínios de SF-36 através da Análise de Modelos de Efeitos Mistos são apresentadas na Tabela 6.

Os sintomas depressivos tiveram uma associação significativa com sete domínios do SF-36, apenas o domínio dor não apresentou associação significativa com os sintomas depressivos. Esta análise demonstrou que a cada um ponto a mais na HAM-D-31, a Capacidade Funcional diminuiu significativamente em 0,79 pontos em média, o Aspecto Físico em 1,41 pontos em média, o Estado Geral de Saúde em 0,53 pontos em média, a Vitalidade em 1,13 pontos em média, o Aspecto Social em 0,66 pontos em média, o Aspecto Emocional em 1,47 pontos em média e a Saúde Mental em 1,09 pontos em média.

A idade teve uma associação significativa com os domínios de capacidade funcional ($p = 0,031$), aspecto físico ($p = 0,046$) e estado geral de saúde ($p = 0,044$). A escolaridade (mais de 9 anos de estudo) foi significativamente maior em 11,83 pontos em média no domínio capacidade funcional ($p = 0,040$) do que aqueles com menos de oito anos de estudo. Também encontramos que pacientes que não tinham companheiro (a) apresentaram aumento em 11,12 pontos em média no domínio estado geral de saúde ($p = 0,008$) do que pacientes com companheiro (a). Os pacientes do sexo masculino tiveram um aumento de 10,10 pontos em média no domínio de saúde mental ($p = 0,017$) em comparação com as mulheres. O momento de avaliação T2, o domínio aspecto físico teve um aumento significativo em 16,49 pontos em média ($p = 0,002$).

Tabela 6. Análise de Modelos de Efeitos Mistos

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-9,71 [-20,18;0,75]	-5,24 [-21,33;10,83]	1,97 [-7,24;11,19]	7,14 [-1,55;15,84]	1,11 [-9,17;11,40]	-1,93 [-15,37;11,50]	-4,13 [-22,44;14,16]	10,10* [1,88;18,32]
Idade	0,38* [0,03;0,74]	0,54* [0,01;1,08]	0,26 [-0,04;0,56]	0,30* [0,00;0,59]	0,08 [-0,26;0,43]	0,32 [-0,12;0,77]	0,33 [-0,27;0,94]	-0,05 [-0,32;0,22]
Estado civil (sem companheiro)	-6,98 [-16,72; 2,76]	6,83 [-8,11; 21,78]	0,48 [-8,07; 9,03]	11,12** [3,02; 19,21]	-2,302 [-11,87;7,27]	2,43 [-10,05;14,92]	6,96 [-10,02;23,94]	4,04 [-3,58;11,68]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	11,83* [0,53;23,12]	10,05 [-7,25;27,35]	4,74 [-5,14;14,64]	6,73 [-2,63;16,11]	3,94 [-7,14;15,03]	-3,52 [-17,97; 10,93]	0,48 [-19,14; 20,12]	-5,93 [-14,77; 2,90]
HAM-D-31	-0,79*** [-1,20; -0,37]	-1,41*** [-2,13; 0,69]	-0,19 [-0,64; 0,24]	-0,53** [-9,01; 0,16]	-1,13*** [-1,56; 0,70]	-0,66* [-1,27; -0,06]	-1,47*** [-2,36; -0,58]	-1,09*** [-1,45; -0,72]
Momento de avaliação após AVC (T2)	3,57 [-1,66;8,82]	16,49** [6,54; 26,44]	-2,70 [-9,41;4,01]	-2,93 [-7,68;1,82]	-2,12 [-7,59; 3,35]	7,16 [-1,23; 15,56]	2,76 [-10,92;16,46]	-1,73 [-6,74 ; 3,28]

N= 67. Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens. * P < 0,050; ** P < 0,010; *** P ≤ 0,001.

5.4 Investigação da associação entre a variação da qualidade de vida de T1 para T2 com a variação da sintomatologia depressiva de T1 para T2 e com sintomatologia depressiva em T2

A correlação entre a variação do SF-36 de T1 para T2, com a variação de HAM de T1 para T2 são apresentados na Tabela 7. Encontramos uma correlação negativa entre a variação da sintomatologia depressiva e a variação do domínio de vitalidade ($r = -0,319$) e saúde mental ($r = -0,257$). Além disso, foi encontrada uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva em T2 e a variação do domínio saúde mental ($r = 0,351$).

Tabela 7. Correlação de Spearman entre o delta de SF-36 de T1 para T2 e sintomas depressivos de acordo com a HAM-D-31 em T2 e o delta de HAM-D-31 de T1 para T2

Delta de SF-36	Delta HAM-D-31	HAM-D-31 T2
CF	-0,176	0,120
AF	-0,073	0,074
D	0,005	-0,209
EGS	-0,143	0,098
VT	-0,319**	0,191
AS	-0,007	0,022
AE	-0,050	0,086
SM	-0,257*	0,351**

CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. * $P < 0,050$ ** $P < 0,010$.

5.5 Investigação da associação entre qualidade de vida três meses após AVC e, sintomas depressivos e qualidade de vida um mês após o AVC, controlando para sexo, idade, estado civil e escolaridade

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T1 como variável independente, ajustada para qualidade de vida em T1, sexo, idade, estado civil e escolaridade, o domínio de vitalidade (VT) se associou com a idade e, os domínios estado geral de saúde (EGS) e saúde mental (SM) se associaram significativamente com a escolaridade.

Os sintomas depressivos em T1 não se associaram significativamente com os escores do SF-36 em T2, este último considerado como variável dependente (Tabela 8). No entanto, seis domínios do SF-36 em T1 se associaram com os mesmos domínios em T2 (Tabela 8).

Tabela 8. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada)

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-0,11 [-10,76;10,98]	-3,85 [-24,54;16,82]	8,21 [-5,12;21,56]	9,43 [-1,27;20,14]	7,75 [-4,24;19,76]	9,83 [-6,24;25,92]	-4,03 [-29,06;21,00]	7,73 [-2,21;17,69]
Idade	-0,15 [-0,51;0,21]	-0,13 [-0,82;0,56]	0,13 [-0,30;0,58]	0,19 [-0,15;0,55]	-0,45* [-0,85;-0,05]	-0,16 [-0,69;0,37]	0,14 [-0,68;0,96]	-0,25 [-0,57;0,05]
Estado civil (sem companheiro)	-4,19 [-14,39;6,01]	-13,78 [-33,78;6,20]	1,68 [-10,87;14,23]	0,68 [-9,82;11,19]	1,94 [-9,52;13,40]	6,87 [-8,24;21,99]	-12,75 [-36,48;10,98]	-0,28 [-9,42;8,86]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	5,71 [-5,93;17,63]	-0,73 [-22,61;21,14]	-1,12 [-12,95;15,20]	12,31* [1,04;23,58]	-6,50 [-19,28;6,28]	-5,26 [-22,16;11,63]	0,76 [-25,71;27,24]	-10,91* [-21,11;-0,71]
HAM T1	-0,35 [-0,93;0,21]	-0,75 [-1,86;0,35]	-0,33 [-1,01;0,34]	0,01 [-0,58;0,62]	-0,17 [-0,88;0,53]	-0,43 [-1,27;0,40]	-1,22 [-2,58;0,12]	-0,12 [-0,71;0,47]
CF T1	0,49*** [0,27;0,71]							
AF T1		0,45** [0,19;0,72]						
D T1			0,22 [-0,07;0,51]					
EGS T1				0,73*** [0,41;1,05]				
VT T1					0,56*** [0,31;0,82]			
AS T1						0,34** [0,11;0,57]		
AE T1							0,15 [-0,09;0,41]	
SM T1								0,39** [0,16;0,62]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T1 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,05 ** P < 0,01 *** P < 0,001.

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T2 como variável independente, ajustada para sexo, idade, estado civil e escolaridade, verificamos que os sintomas depressivos no T2 foram significativamente associados com cinco domínios do SF-36 no T2. Além disso, seis domínios do SF-36 no T1 também foram significativamente associados com os mesmos domínios no T2 (Tabela 9).

Tabela 9. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada)

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-1,22 [-11,42;8,97]	-5,23 [-25,55;15,08]	7,02 [-5,89;19,94]	8,93 [-1,71;19,58]	6,23 [-5,07;17,54]	9,51 [-6,62;25,64]	-4,01 [-29,38; 21,35]	7,61 [-1,88;17,11]
Idade	-0,08 [-0,42;0,26]	-0,00 [-0,69;0,69]	0,19 [-0,23;0,62]	0,21 [-0,13;0,57]	-0,38* [-0,76;-0,01]	-0,11 [-0,65;0,42]	0,24 [-0,59;1,07]	-0,22 [-0,52;0,08]
Estado civil (sem companheiro)	-1,68 [-10,96;7,60]	-8,24 [-27,90;11,41]	3,96 [-7,86;15,78]	1,55 [-8,97;12,08]	3,63 [-6,74;14,00]	9,28 [-5,49; 24,06]	-7,10 [-30,86;16,65]	1,66 [-7,10;10,43]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	10,47 [-0,86;21,81]	6,14 [-16,19; 28,48]	5,31 [-8,63;19,26]	13,81* [2,27;25,35]	-1,58 [-14,11;10,93]	-2,65 [-19,97;14,66]	6,82 [-20,51;34,16]	-7,88 [-17,92;2,14]
HAM T2	-0,86** [-1,41;-0,32]	-1,22* [-2,36;-0,07]	-0,79* [-1,47; -0,11]	-0,30 [-0,88;0,28]	-0,88** [-1,50;-0,26]	-0,47 [-1,34;0,40]	-0,96 [-2,33;0,40]	-0,64* [-1,18;-0,10]
CF T1	0,47*** [0,27;0,67]							
AF T1		0,41** [0,15;0,67]						
D T1			0,20 [-0,07;0,48]					
EGS T1				0,68*** [0,39;0,98]				
VT T1					0,51*** [0,29; 0,73]			
AS T1						0,34** [0,10; 0,57]		
AE T1							0,19 [-0,05; 0,44]	
SM T1								0,32** [0,11;0,52]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T2 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

5.6 Análise secundária

Foi realizada uma análise dos pacientes de acordo com a presença ou ausência de EDM no T1.

As características sócio-demográficas dos pacientes com e sem EDM no T1 são apresentadas na Tabela 10. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em relação às variáveis sócios demográficas. Os pacientes sem EDM no T1 apresentavam uma média de idade de 51,5 ($\pm 15,2$) anos, sendo que 35 (59,4%) tinham companheiro (a), 38 (64,4%) tinham até oito anos de estudo, 41 (69,4%) estavam trabalhando e 39 (66,2%) eram do sexo masculino. Os pacientes com EDM no T1 apresentavam uma média de idade de 52 ($\pm 16,6$) anos, sendo que 11 (68,8%) tinham companheiro (a), 13 (81,2%) tinham até oito anos de estudo, 10 (62,5%) estavam trabalhando antes do AVC e 11 (68,8%) eram do sexo masculino.

Tabela 10. Características sócio-demográficas dos pacientes de acordo com a presença ou ausência de EDM em T1

Variáveis numéricas	M \pm DP Sem EDM (N=59)	M \pm DP Com EDM (N=16)	P
Idade	51,5 \pm 15,2	52,0 \pm 16,6	0,928
Variáveis categóricas			
Sexo			0,843
Feminino, n (%)	20 (33,8)	5 (31,2)	
Masculino, n (%)	39 (66,2)	11 (68,8)	
Estado civil, n (%)			0,495
Com companheiro	35 (59,4)	11 (68,8)	
Sem companheiro	24 (40,6)	5 (31,2)	
Escolaridade, n (%)			0,247
Até 8 anos de estudo	38 (64,4)	13 (81,2)	
Mais de 9 anos de estudo	21 (35,6)	3 (18,8)	
Trabalho, n (%)			0,597
Trabalhando	41 (69,4)	10 (62,5)	
Sem trabalho	18 (30,6)	6 (37,5)	

M: média; DP: desvio padrão; * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

Na Tabela 11 foi realizada uma análise não ajustada para investigação da associação do SF-36 em T2 com sintomas depressivos em T1 e em T2 e com as variáveis sócio-demográficas nos pacientes sem EDM em T1.

Foi encontrado que nenhum domínio do SF-36 em T2 apresentou associação significativa com as variáveis sócio-demográficas. Em contrapartida, seis domínios do SF-36 em T2 foram associados significativamente aos sintomas depressivos em T1 e, quatro domínios do SF-36 em T2 foram associados significativamente aos sintomas depressivos em T2.

Tabela 11. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada (valor-p) pacientes sem EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	0,496	0,717	0,186	0,355	0,542	0,218	0,671	0,393
Idade	0,413	0,953	0,607	0,436	0,477	0,457	0,828	0,210
Estado civil (sem companheiro)	0,742	0,550	0,943	0,757	0,960	0,181	0,267	0,834
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	0,127	0,756	0,301	0,509	0,722	0,162	0,333	0,446
HAM T1	0,199	0,046*	0,155	0,015*	0,050	0,001*	0,042*	0,007*
HAM T2	0,022*	0,047*	0,432	0,778	0,003*	0,330	0,251	0,000*

CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. * P < 0,050.

Na Tabela 12 foi realizada uma análise não ajustada para investigação da associação do SF-36 em T2 com sintomas depressivos em T1 e em T2 e com as variáveis sócio-demográficas nos pacientes com EDM em T1.

Foi encontrado que o domínio de saúde mental (SM) apresentou associação significativa com o sexo, e o domínio estado geral de saúde (EGS) com a idade. Os demais seis domínios do SF-36 em T2 não apresentaram associação significativa com as variáveis sócio-demográficas.

Apenas o domínio aspecto físico (AF) foi associado significativamente aos sintomas depressivos em T1 e, o domínio de dor (D) do SF-36 em T2 foi associado significativamente aos sintomas depressivos em T2 (Tabela 12).

Tabela 12. Variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos associados com SF-36 três meses após AVC - análise não ajustada (valor-p) pacientes com EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	0,909	0,638	0,728	0,253	0,733	0,818	0,635	0,020*
Idade	0,903	0,844	0,190	0,042*	0,995	0,306	0,099	0,336
Estado civil (sem companheiro)	0,569	0,638	0,452	0,458	0,691	0,908	0,343	0,280
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	0,685	0,675	0,536	0,946	0,544	0,585	0,526	0,105
HAM T1	0,636	0,023*	0,653	0,525	0,233	0,224	0,221	0,417
HAM T2	0,455	0,105	0,011*	0,364	0,260	0,458	0,755	0,363

CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. * P < 0,050.

Investigação da associação entre qualidade de vida três meses após AVC e, sintomas depressivos e qualidade de vida um mês após o AVC, controlando para sexo, idade, estado civil e escolaridade

Pacientes sem EDM em T1:

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T1 como variável independente, ajustada para qualidade de vida em T1, sexo, idade, estado civil e escolaridade, os domínios de vitalidade (VT) e saúde mental (SM) se associaram significativamente com a idade e, o domínio estado geral de saúde (EGS) se associou significativamente com a escolaridade.

Os sintomas depressivos em T1 não se associaram significativamente com os escores do SF-36 em T2, este último considerado como variável dependente. No entanto, oito domínios do SF-36 em T1 se associaram com os mesmos domínios em T2 (Tabela 13).

Tabela 13. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada) pacientes sem EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo	-1,94	-12,95	8,32	6,52	11,03	10,20	1,95	7,08
(masculino)	[-14,97;11,09]	[-36,19;10,27]	[-6,29;22,93]	[-5,63;18,68]	[-1,35;23,42]	[-9,05;29,47]	[-26,84;30,75]	[-4,49;18,66]
Idade	-0,14	-0,07	0,19	0,12	-0,45*	-0,33	0,03	-0,56*
	[-0,56;0,27]	[-0,82;0,67]	[-0,28;0,66]	[-0,26;0,52]	[-0,86;-0,05]	[-0,97;0,30]	[-0,90;0,97]	[-0,93;-0,19]
Estado civil	4,60	8,66	1,69	1,47	-2,71	-8,29	-6,47	-2,05
(sem	[-7,36;16,57]	[-13,44;30,77]	[-12,03;15,41]	[-9,96;12,91]	[-14,38;8,95]	[-26,34;9,74]	[-33,47;20,52]	[-12,86;8,75]
companheiro)								
Escolaridade	8,09	6,71	14,38	11,94*	-4,56	-11,00	21,72	-10,34
(≥ 9 anos de	[-4,68;20,87]	[-16,01;29,44]	[-0,16;28,93]	[0,02;23,87]	[-16,77;7,65]	[-30,05;8,04]	[-6,55;50,00]	[-21,65;0,95]
estudos)								
HAM T1	-0,92	-1,82	-0,98	-0,67	-0,90	-1,47	-2,34	-0,19
	[-2,15;0,30]	[-4,07;0,42]	[-2,37;0,40]	[-1,89;0,55]	[-2,09;0,27]	[-3,45;0,49]	[-5,10;0,41]	[-1,51;1,11]
CF T1	0,52***							
	[0,27;0,78]							
AF T1		0,41**						
		[0,14;0,67]						
D T1			0,32*					
			[0,01;0,63]					
EGS T1				0,80***				
				[0,43;1,17]				
VT T1					0,53***			
					[0,26;0,80]			
AS T1						0,42**		
						[0,13;0,71]		
AE T1							0,32*	
							[0,06;0,58]	
SM T1								0,55***
								[0,25;0,85]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T1 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

Pacientes com EDM em T1:

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T1 como variável independente, ajustada para qualidade de vida em T1, sexo, idade, estado civil e escolaridade, os sintomas depressivos em T1 se associaram significativamente apenas com o domínio aspecto físico (AF) do SF-36 em T2, este último considerado como variável dependente. Somente dois domínios, capacidade funcional (CF) e vitalidade (VT) do SF-36 em T1 se associaram com os mesmos domínios em T2 (Tabela 14).

Tabela 14. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos um mês após o AVC (análise ajustada) pacientes com EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-9,71 [-32,36;12,92]	14,28 [-35,22;63,78]	5,55 [-25,83;36,94]	8,15 [-22,86;39,17]	10,29 [-21,43;42,01]	8,16 [-34,01;50,34]	1,82 [-59,09;62,73]	21,79 [-0,23;43,83]
Idade	-0,45 [-1,20;0,29]	-0,65 [-2,27;0,97]	0,07 [-1,05;1,19]	0,71 [-0,32;1,75]	-0,45 [-1,43;0,51]	0,09 [-1,27;1,46]	0,84 [-1,17;2,85]	-0,12 [-0,84;-0,59]
Estado civil (sem companheiro)	18,21 [-14,72;51,15]	41,47 [-30,72;113,67]	33,41 [-12,84;79,67]	8,31 [-38,91;55,55]	24,86 [-18,30;68,03]	17,42 [-46,64;81,49]	65,57 [-58,28;189,4]	10,47 [-24,42;45,38]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	5,15 [-28,90;39,22]	5,64 [-69,19;80,48]	37,60 [-9,45;84,66]	22,66 [-26,15;71,49]	15,90 [-32,05;63,86]	19,90 [-48,72;88,53]	47,95 [-65,18;161,0]	-6,07 [-42,33;30,18]
HAM T1	-1,26 [-3,32;0,79]	-5,61* [-10,13;-1,10]	-1,83 [-4,87;1,20]	0,20 [-2,89;3,31]	-2,65 [-5,39;0,08]	-2,80 [-6,71;1,11]	-2,95 [-8,56;2,65]	-1,63 [-3,62;0,34]
CF T1	0,67*** [0,34;1,01]							
AF T1		0,45 [-0,71;1,62]						
D T1			0,39 [-0,46;1,25]					
EGS T1				0,87 [-0,17;1,93]				
VT T1					0,66* [0,05;1,26]			
AS T1						0,43 [-0,19;1,07]		
AE T1							0,54 [-0,47;1,55]	
SM T1								0,32 [-0,25;0,89]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T1 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

Pacientes sem EDM em T1:

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T2 como variável independente, ajustada para sexo, idade, estado civil e escolaridade, verificamos que os domínios de vitalidade (VT) e saúde mental (SM) se associaram significativamente com a idade.

Os sintomas depressivos no T2 foram significativamente associados com apenas dois domínios do SF-36 no T2, capacidade funcional (CF) e saúde mental (SM). Além disso, sete domínios do SF-36 no T1 também foram significativamente associados com os mesmos domínios no T2 (Tabela 15).

Tabela 15. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada) pacientes sem EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-1,97 [-13,93;9,98]	-9,29 [-32,33;13,74]	10,62 [-3,91;25,15]	8,57 [-3,37;20,51]	11,69 [-0,22;23,60]	15,35 [-3,70;34,41]	6,83 [-21,87; 35,53]	7,47 [-3,27;18,22]
Idade	-0,10 [-0,50;0,29]	-0,04 [-0,81;0,72]	0,19 [-0,28;0,68]	0,11 [-0,28;0,51]	-0,41* [-0,81;-0,01]	-0,42 [-1,08;0,23]	0,06 [-0,90;1,03]	-0,53** [-0,88;-0,18]
Estado civil (sem companheiro)	-1,38 [-9,30;12,08]	2,20 [-19,59;24,00]	-1,53 [-14,74;11,68]	-0,23 [-11,39;10,91]	-5,54 [-16,36;5,27]	-11,76 [-29,42; 5,89]	-14,29 [-40,40;11,81]	-4,01 [-13,77;5,75]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	10,52 [-1,76;22,81]	6,94 [-16,62; 30,52]	13,73 [-1,23;28,69]	10,92 [-1,31;23,16]	-2,91 [-15,24;9,40]	-15,00 [-34,78;4,78]	21,41 [-7,93;50,77]	-7,77 [-18,60;3,06]
HAM T2	-0,80** [-1,38;-0,21]	-0,59 [-1,84;0,64]	-0,17 [-0,89; 0,55]	0,03 [-0,55;0,62]	-0,58 [-1,20;0,32]	0,35 [-0,65;1,36]	-0,62 [-2,07;0,82]	-0,77* [-1,44;-0,11]
CF T1	0,49*** [0,25;0,74]							
AF T1		0,39** [0,10;0,68]						
D T1			0,30 [-0,01;0,62]					
EGS T1				0,87*** [0,51;1,23]				
VT T1					0,46** [0,18; 0,74]			
AS T1						0,54** [0,25; 0,83]		
AE T1							0,32* [0,05; 0,58]	
SM T1								0,36* [0,06;0,66]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T2 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

Pacientes com EDM em T1:

Na análise de regressão linear múltipla, incluindo a sintomatologia depressiva em T2 como variável independente, ajustada para sexo, idade, estado civil e escolaridade, verificamos que os sintomas depressivos no T2 foram significativamente associados apenas com o domínio Dor (D) do SF-36 no T2. Além disso, somente os domínios capacidade funcional (CF) e vitalidade (VT) do SF-36 no T1 também foram significativamente associados com os mesmos domínios no T2 (Tabela 16).

Tabela 16. Fatores associados com SF-36 três meses após o AVC incluindo sintomas depressivos três meses após o AVC (análise ajustada) pacientes com EDM em T1

	CF	AF	D	EGS	VT	AS	AE	SM
Sexo (masculino)	-12,06 [-36,50;12,38]	0,95 [-60,30;62,21]	-2,58 [-24,13;18,97]	7,19 [-22,72;37,11]	4,68 [-27,55;36,93]	-3,05 [-46,06;39,95]	-2,54 [-68,10; 63,01]	17,27 [-7,49;42,03]
Idade	-0,30 [-1,10;0,49]	0,03 [-1,96;2,03]	0,57 [-0,17;1,32]	0,79 [-0,22;1,81]	-0,07 [-1,06;0,92]	0,56 [-0,80;1,93]	1,08 [-1,09;3,25]	0,10 [-0,69;0,91]
Estado civil (sem companheiro)	-10,21 [-23,45;43,88]	5,68 [-79,37;90,74]	23,42 [-7,78;54,63]	5,38 [-40,65;51,41]	5,98 [-36,18;48,14]	-7,57 [-67,16; 52,02]	54,15 [-84,08;192,4]	1,16 [-34,77;37,10]
Escolaridade (≥ 9 anos de estudos)	2,75 [-33,81;39,31]	-4,67 [-96,87; 87,52]	38,23 5,67;70,79]	21,83 [-25,48;69,15]	14,36 [-35,12;63,84]	4,72 [-64,39;73,84]	45,57 [-77,68;168,8]	-6,88 [-47,22;33,45]
HAM T2	-0,32 [-1,57;0,93]	-1,94 [-5,08;1,19]	-1,81** [-2,92; -0,70]	-0,56 [-2,17;1,04]	-1,44 [-3,11;0,21]	-0,93 [-3,01;1,15]	-0,06 [-3,61;3,49]	-0,65 [-1,98;0,66]
CF T1	0,65** [0,29;1,01]							
AF T1		0,59 [-0,85;2,04]						
D T1			0,08 [-0,47;0,64]					
EGS T1				0,75 [-0,21;1,72]				
VT T1					0,74* [0,09; 1,39]			
AS T1						0,24 [-0,35; 0,85]		
AE T1							0,59 [-0,54; 1,74]	
SM T1								0,39 [-0,29;1,07]

Os valores apresentados representam o coeficiente de regressão e o intervalo de confiança (95% IC). CF: Capacidade funcional; AF: Aspecto físico; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VT: Vitalidade; AS: Aspecto Social; AE: Aspecto Emocional; SM: Saúde Mental. HAM-D-31: Hamilton 31-itens; T1: Tempo 1 – um mês após o AVC; T2: Tempo 2 – três meses após o AVC. Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para cada domínio da qualidade de vida em T2 como variável dependente e os domínios de SF-36 em T1 e HAM em T2 como variável independente, e ajustada por sexo, idade, estado civil e escolaridade. * P < 0,050 ** P < 0,010 *** P < 0,001.

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1 Sintomas depressivos e qualidade de vida após o AVC: o efeito da qualidade de vida basal

Efeito prospectivo da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida

O objetivo principal deste estudo foi investigar a associação entre a qualidade de vida e sintomas depressivos detectados na fase posterior ao AVC. A hipótese de que os sintomas depressivos comprometem a qualidade de vida apóia-se em dados da literatura sobre pacientes que sofreram AVC e são acometidos por sintomas depressivos. No presente estudo pacientes com AVC foram avaliados prospectivamente em dois momentos, um e três meses após o AVC. A análise de modelos de efeitos mistos mostrou uma associação significativa dos sintomas depressivos da HAM-D-31 com sete domínios do SF-36. A relevância da análise de modelos de efeitos mistos é avaliar o efeito dos sintomas depressivos ao longo do tempo incluindo os dois momentos de avaliação, um e três meses após o AVC ao lado dos demais fatores sócio demográficos. Esta análise demonstrou que quanto maior a gravidade da sintomatologia depressiva, pior era a qualidade de vida. Esses dados demonstram a relevância da sintomatologia depressiva quando investigamos a qualidade de vida em pacientes que sofreram um AVC. Tais achados corroboram dados da literatura indicando piora da qualidade de vida na presença da sintomatologia depressiva (Ahlsio, Britton et al. 1984; Astrom, Asplund et al. 1992; King 1996; Jonkman, de Weerd et al. 1998; Suenkeler, Nowak et al. 2002; Jonsson, Lindgren et al. 2005; Kwok, Lo et al. 2006; Carod-Artal, Trizotto et al. 2009). Esses resultados corroboram a relevância da sintomatologia depressiva de modo

independente de fatores sócio demográficos (Jonsson, Lindgren et al. 2005; Gray, Sprigg et al. 2007).

Nosso principal objetivo foi investigar o valor preditivo de sintomas depressivos detectados um mês após o AVC para a qualidade de vida três meses após o AVC. Na análise sem ajustar para a qualidade de vida um mês após o AVC, foi encontrada uma associação entre sintomatologia depressiva de acordo com a HAM-D-31 um mês após o AVC e sete domínios da qualidade de vida três meses após o AVC. Tais resultados corroboram com estudos que mostraram que a depressão prediz o comprometimento da qualidade de vida prospectivamente (Suenkeler, Nowak et al. 2002; Kwok, Lo et al. 2006).

Todavia, contrariando nossa hipótese, após ajustar para a qualidade de vida avaliada um mês após o AVC, os sintomas depressivos um mês após o AVC deixaram de prever a qualidade de vida três meses após o AVC. Esses resultados evidenciam a relevância da avaliação da qualidade de vida basal quando se investiga prospectivamente o impacto da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida em pacientes que sofreram AVC. Deve ser considerado que no nosso estudo não realizamos a avaliação da qualidade de vida antes do AVC, mas posterior ao AVC. De acordo com o nosso conhecimento, poucos estudos avaliaram a qualidade de vida prévia ao AVC (Ahsio, Britton et al. 1984; Niemi, Laaksonen et al. 1988). Entretanto, nesses estudos, o próprio paciente indicava como retrospectivamente considerava sua qualidade de vida por meio de uma escala visual analógica. Além disso, a associação entre depressão e avaliação da qualidade de vida não foi analisada controlando para a qualidade de vida anterior.

De acordo com o nosso conhecimento, até o momento, este é o primeiro estudo que testa objetivamente se a influência da depressão na qualidade de vida é independente da qualidade de vida no momento basal. Assim, nossos resultados apontam para a relevância da avaliação precoce da qualidade de vida após AVC e,

portanto, seus fatores determinantes. A intervenção precoce em tais fatores pode garantir precocemente a melhora da qualidade de vida. Neste sentido, além de fatores relacionados às limitações físicas do AVC, vários estudos relataram a importância dos fatores psicológicos na qualidade de vida após AVC (Jonsson, Lindgren et al. 2005). O estudo de Teoh et al. reforça a importância dos fatores psicossociais, quando relata que pacientes que sofreram AVC e estavam deprimidos tiveram escores significativamente mais baixos para qualidade de vida e fatores psicossociais como apoio social, otimismo, auto-estima, controle percebido e funcionamento físico (Teoh, Sims et al. 2009). Além disso, Chen et al. demonstraram que a incontinência emocional tem uma associação independente com qualidade de vida em sobreviventes de AVC (Chen, Wong et al. 2011).

Notavelmente, alguns fatores podem contribuir tanto para a ocorrência de sintomatologia depressiva como para pior qualidade de vida. Neste contexto, em um estudo qualitativo, Lynch et al. mostraram que a função social e de apoio social foram aspectos relevantes para qualidade de vida após o AVC (Lynch, Butt et al. 2008). Falta de suporte social é um fator de risco conhecido para a depressão primária e também tem sido relatado como um fator preditivo para a ocorrência de depressão após o AVC (Choi-Kwon, Han et al. 2012). Em relação aos aspectos cognitivos, Nys et al., relataram que o comprometimento da função executiva prediz significativamente a qualidade de vida após o AVC (Nys, van Zandvoort et al. 2006). Embora, existam controvérsias a respeito do sentido desta relação, o comprometimento cognitivo tem sido considerado um preditor da depressão pós-AVC (Vataja, Pohjasvaara et al. 2005; Nys, van Zandvoort et al. 2006). Assim, a relação entre sintomas depressivos e qualidade de vida também pode ocorrer por uma situação em que ambos compartilham os mesmos fatores determinantes.

Efeito da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida no mesmo momento de avaliação

Na literatura sobre sintomas depressivos em pacientes que sofreram AVC, encontram-se dados indicando que a presença de sintomatologia depressiva é um dos principais fatores associados à pior qualidade de vida no mesmo momento da avaliação (Ahlsio, Britton et al. 1984; Niemi, Laaksonen et al. 1988; King 1996). Os resultados dos estudos citados acima oferecem suporte ao nosso segundo objetivo, que foi investigar a associação entre sintomas depressivos três meses após o AVC e a qualidade de vida no mesmo período. Nossos resultados mostraram associações significativas da sintomatologia depressiva três meses após o AVC com cinco domínios da qualidade de vida no mesmo período. Diferentemente do que o encontrado em relação à sintomatologia depressiva um mês após o AVC, essas associações mostraram-se independente da qualidade de vida basal avaliada um mês após o AVC.

Mudanças nos sintomas depressivos de um mês para três meses após o AVC foram correlacionadas com alterações na qualidade de vida no mesmo período nos domínios de vitalidade e saúde mental. Esses resultados indicam que estes dois domínios, eventualmente, podem ter um papel central na relação entre sintomas depressivos e qualidade de vida.

6.2 Sintomas depressivos e qualidade de vida após o AVC: o efeito da presença do episódio depressivo maior (EDM)

Efeito prospectivo da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida: a influência do EDM

Neste estudo, como análise secundária, procuramos avaliar a influência da presença de um episódio depressivo maior (EDM) um mês após o AVC na associação entre sintomas depressivos um mês após o AVC e a qualidade de vida três meses após o AVC. Fizemos uma análise em separado para aqueles sem EDM um mês após o AVC e para aqueles com EDM um mês após o AVC. Para aqueles sem EDM um mês após o AVC, quanto maior a sintomatologia depressiva um mês após o AVC, pior a qualidade de vida em seis domínios do SF-36 três meses após o AVC. Para aqueles com EDM um mês após o AVC, quanto maior a sintomatologia depressiva um mês após o AVC, ocorreu uma piora na qualidade de vida três meses após o AVC apenas no domínio aspecto físico. Esses resultados indicam que mesmo para aqueles sem EDM um mês após o AVC, a sintomatologia depressiva um mês após o AVC se associa de modo abrangente com a pior qualidade de vida três meses após o AVC, ou seja, seis domínios do SF-36. Por outro lado, para aqueles com EDM um mês após o AVC, a gravidade de sintomatologia depressiva um mês após o AVC foi preditiva de qualidade de vida em apenas um domínio do SF-36 três meses após o AVC. Uma explicação para esses resultados pode ser o efeito teto; ou seja, os pacientes com EDM já apresentam uma relativa elevada gravidade de sintomatologia depressiva e conseqüentemente pior qualidade de vida; deste modo, a menor variabilidade da gravidade da sintomatologia entre aqueles com EDM acarretou uma menor influência dessa variabilidade no comprometimento da qualidade de vida. Outra explicação seria

o menor poder de teste para investigar essa associação em função do menor número de pacientes com EDM.

Efeito da sintomatologia depressiva sobre a qualidade de vida no mesmo momento da avaliação: a influência do EDM

A avaliação em separado para aqueles com e sem EDM um mês após o AVC mostrou que para aqueles sem EDM um mês após o AVC quanto maior a sintomatologia depressiva três meses após o AVC, pior a qualidade de vida em quatro domínios do SF-36 três meses após o AVC. Nos pacientes com EDM um mês após o AVC a maior gravidade da sintomatologia depressiva três meses após o AVC se associou com pior qualidade de vida apenas no domínio de dor três meses após o AVC. Esses resultados estão em concordância com os observados anteriormente para a relação entre sintomatologia depressiva um mês após o AVC e qualidade de vida três meses após o AVC; ou seja, maior relevância na associação da gravidade da sintomatologia depressiva para aqueles sem EDM um mês após o AVC e possível efeito teto ou menor poder de teste para aqueles com EDM um mês após o AVC.

6.3 Relevância de intervenções terapêuticas

Nossos resultados apontam para a relevância de intervenções não apenas para tratar o EDM, mas também para tratar sintomas depressivos que não preenchem critérios para EDM, além de intervenções para melhorar a qualidade de vida. Intervenções psicossociais, farmacológicas e biológicas têm demonstrado eficácia para

tratar depressão no pós-AVC (Mitchell, Veith et al. 2009; Bueno, Brunoni et al. 2011). Estudos já vêm mostrando que o tratamento da depressão pós-AVC melhora significativamente a qualidade de vida (Horvath, Karanyi et al. 2006). Curiosamente Murray et al., relataram uma superioridade de sertralina em relação ao placebo na melhora da qualidade de vida em sobreviventes de AVC, enquanto nenhuma diferença foi encontrada entre placebo e sertralina na melhora dos sintomas depressivos (Murray, von Arbin et al. 2005). Do mesmo modo, Choi-Kwon et. relataram uma melhora na qualidade de vida usando fluoxetina em pacientes com AVC, com distúrbios emocionais, mesmo não havendo melhora na depressão pós-AVC (Choi-Kwon, Choi et al. 2008). Assim, ensaios clínicos indicaram que o tratamento clássico para a depressão pode melhorar a qualidade de vida após o AVC mesmo sem alterar significativamente a depressão. A literatura carece de estudos investigando intervenções psicossociais visando melhorar diretamente aspectos da qualidade de vida. Por outro lado, Yamakawa et al. demonstraram que o milnaciprano foi eficiente para tratar a depressão pós-AVC em pacientes internados, enquanto na reabilitação, mas não causou melhora significativa na qualidade de vida (Yamakawa, Satoh et al. 2005). A diversidade de resultados evidencia a peculiaridade do período pós-AVC e a necessidade de atenção focada na sintomatologia depressiva e qualidade de vida ao lado de seus fatores determinantes no pós-AVC.

6.4 Evolução da qualidade de vida

A qualidade de vida melhorou da avaliação feita um mês após o AVC para aquela feita três meses após o AVC nos domínios de aspecto físico e aspecto social.

Houve uma diferença entre homens e mulheres em relação à evolução da qualidade de vida na segunda avaliação, realizada após três meses do AVC, quando a

média do escore do domínio saúde mental foi significativamente menor nas mulheres em comparação com os homens. Nossos achados corroboram os dados da literatura, onde as mulheres têm sido descritas com maior comprometimento da qualidade de vida após o AVC quando comparadas aos homens (Gargano and Reeves 2007). O que pode em parte explicar essa pior qualidade de vida é que as mulheres têm menos chances do que o homem de ter um cuidador no período após o AVC. Apoiando essa concepção, Haley et al. incluiu apenas pacientes sobreviventes do AVC que apresentavam um cuidador e não encontraram uma diferença de qualidade de vida entre os sexos (Haley, Roth et al. 2011).

Em relação aos aspectos do sumário da qualidade de vida, o Sumário Componente Físico (SCF), mas não o Sumário Componente Mental (SCM) apresentou uma melhora significativa de um para três meses após o AVC. Esses dados indicam a necessidade de aumentar a detecção e tratamento precoce dos fatores com impacto negativo sobre o SCM da qualidade de vida, que corresponde aos domínios de vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Nossos resultados contrastam com os relatados por Muller-Nordhorn et al. onde houve comprometimento relevante no SCF (Muller-Nordhorn, Nolte et al. 2005) e não no SCM após o AVC. Assim, o maior comprometimento da qualidade de vida no SCM ou no SCF pode ser influenciada por características da amostra ou do serviço.

6.5 Limitações

Algumas limitações do nosso estudo devem ser consideradas. Primeiro, nossa amostra é de um hospital universitário terciário, o que pode restringir a generalização dos nossos resultados para o AVC na população geral. Segundo, nós não

investigamos a influência de variáveis clínicas e neurológicas, fatores que também podem ter uma influência importante sobre a qualidade de vida. Por exemplo, Gunaydin et al. relataram que o estado funcional foi o mais forte preditor de qualidade de vida três meses após o AVC (Gunaydin, Karatepe et al. 2011). No entanto, os autores relatam que a associação de depressão com a qualidade de vida três meses após o AVC foi mantida, mesmo depois de ajustar para o estado funcional. Outra limitação foi não incluir um grupo controle e, conseqüentemente não viabilizar o conhecimento sobre o impacto relativo de estar em um período pós-AVC na qualidade de vida. Embora o comprometimento da qualidade de vida após o AVC seja confirmado por vários estudos (Ahlsio, Britton et al. 1984; Niemi, Laaksonen et al. 1988; Astrom, Asplund et al. 1992; King 1996; Makiyama, Battistella et al. 2004; Patel, McKeivitt et al. 2007; Carod-Artal, Trizotto et al. 2009; Gunaydin, Karatepe et al. 2011), a inclusão de um grupo controle sem AVC poderia permitir a avaliação de quais mudanças dos sintomas depressivos e qualidade de vida seriam específicas do período pós-AVC. Ou seja, poderíamos verificar se tais mudanças não seriam alterações que poderiam ocorrer em qualquer outra amostra nesse intervalo de tempo. Por exemplo, Haley et al. relataram que tanto uma amostra composta pela população, com base em sobreviventes do AVC, como um grupo controle pareado, apresentaram declínio no Sumário Componente Físico (SCF) do questionário de qualidade de vida (Haley, Roth et al. 2011).

Não ajustamos os resultados para a gravidade do AVC e, a gravidade do AVC poderia influenciar os resultados. No entanto, dados da literatura têm mostrado que a relação entre sintomas depressivos e qualidade de vida após o AVC ocorre independentemente da gravidade do AVC (Teoh, Sims et al. 2009; Raju, Sarma et al. 2010). Também não incluímos uma análise de qualidade de vida prévia ao AVC. Entretanto, estudos que incluíram tal análise realizaram de modo retrospectivo (Ahlsio, Britton et al. 1984; Niemi, Laaksonen et al. 1988) o que também é uma limitação.

Somente estudos populacionais com grandes amostras poderiam avaliar prospectivamente o impacto da qualidade de vida prévia ao AVC na qualidade de vida após o AVC e na relação entre sintomatologia depressiva e qualidade de vida.

6.6 Perspectivas

Nossos achados enfatizam a relevância da avaliação precoce da qualidade de vida e não apenas a dos parâmetros clínicos após o AVC. A avaliação da qualidade de vida permite demonstrar se o paciente consegue executar determinadas atividades e como se sente em relação à elas. Visando melhorar a qualidade de vida, nossos resultados indicam a importância de avaliações e intervenções precoces em fatores que comprometem a qualidade de vida já no primeiro mês após o AVC.

Ressaltamos também a importância da avaliação e intervenção precoce da sintomatologia depressiva nestes pacientes, pois nossos achados demonstraram a significativa associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida no pós-AVC no mesmo momento da avaliação independente da qualidade de vida prévia.

7 CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

- A associação entre sintomas depressivos um mês após o AVC com a qualidade de vida três meses após o AVC, deixa de ser significativa quando se considera a qualidade de vida um mês após o AVC. Este resultado indica a relevância da avaliação basal da qualidade de vida e salienta a importância de utilizá-la como covariável para investigar prospectivamente o potencial impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida. Como consequência, tal resultado fortalece a necessidade de avaliações e intervenções precoces não apenas em sintomas depressivos, mas também em outros fatores que comprometem a qualidade de vida logo no primeiro mês após o AVC.
- Os sintomas depressivos três meses após o AVC associaram-se com a qualidade de vida três meses após o AVC, independente da qualidade de vida um mês após o AVC. Esse resultado enfatiza a relevância da sintomatologia depressiva como fator de comprometimento da qualidade de vida.
- O Sumário Componente Físico (SCF), apresentou uma melhora significativa de um para três meses após o AVC, mas não houve melhora no Sumário Componente Mental (SCM). Esses dados indicam a relevância em avaliar separadamente os aspectos mentais da qualidade de vida. Como consequência, esses resultados indicam a necessidade da detecção precoce e respectivo tratamento dos fatores com impacto negativo sobre os aspectos relacionados ao SCM da qualidade de vida, que corresponde aos domínios de vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental.

- Para pacientes sem EDM um mês após o AVC, a sintomatologia depressiva três meses após o AVC se associou com quatro domínios do SF-36 três meses após o AVC. Esses resultados indicam que a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida pode ocorrer mesmo na ausência de EDM.
- Para pacientes com EDM um mês após o AVC, sintomas depressivos três meses após o AVC se associaram apenas com o domínio de dor. Esses resultados indicam que pode ocorrer um possível efeito teto na associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes com EDM.
- A evolução da qualidade de vida em relação ao sexo mostrou que os homens, mas não as mulheres, tiveram uma melhora significativa de um mês para três meses após o AVC no domínio de saúde mental. Essa pior evolução da qualidade de vida no sexo feminino pode decorrer das mulheres terem menor chance do que os homens de ter um cuidador no período após o AVC.

Em síntese, os resultados desse estudo indicam a relevância da avaliação precoce da qualidade de vida e conseqüentemente seus fatores determinantes após o AVC. Estudos investigando a intervenção para melhorar tais fatores devem ser realizados para viabilizar a melhora da qualidade de vida nessa população. Além disso, os resultados indicam a relevância da detecção e de intervenções focadas na sintomatologia depressiva independente da existência de um EDM nos primeiros meses do AVC. Essa relevância foi evidenciada pela concomitante pior qualidade de

vida em função da maior gravidade de sintomas depressivos três meses após o AVC mesmo na ausência de EDM um mês após o AVC.

8 ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO SF-36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	<p>Considerar o mesmo valor.</p>
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio:
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Capacidade funcional:
$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio Capacidade Funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado com o período de há um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

HAMILTON D 31

GUIA DA ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA A ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO HAMILTON

Nome do paciente: _____ Registro HCFMUSP: _____

DATA: ____/____/____

Introdução: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)?

Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Por que não?

<p>1. Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (a palavra usada pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado? Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)</p> <p>0- ausente 1- sentimentos relatados somente se perguntados 2- sentimentos relatados verbal e espontaneamente 3- sentimentos evidentes na expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal. Se pontuou de 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?</p> <p>2. Você tem se sentido especialmente auto-crítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos? Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?</p> <p>Sentimentos de culpa: 0- ausente 1- auto-reprovação, acha que decepcionou outras pessoas 2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas no passado 3- paciente acha que a doença atual é uma punição; delírios de culpa 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou experiência alucinações visuais ameaçadoras</p> <p>3. Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?</p> <p>Suicídio: 0- ausente 1- acha que não vale a pena viver 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si 3- idéias ou atitudes suicidas 4- tentativas de suicídio</p> <p>4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?</p> <p>Insônia inicial: 0- sem dificuldade para iniciar o sono 1- queixa-se de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora 2- queixa-se de dificuldade para iniciar o sono todas as noites</p>	<p>5. Durante esta última semana, você tem acordado no meio da noite? SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?) Quando você volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?</p> <p>Insônia intermediária: 0- sem dificuldade 1- queixa-se de agitação e perturbação 2- acorda durante a noite - qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)</p> <p>6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acorda (ou seja, antes de ficar deprimido)?</p> <p>Insônia tardia: 0- sem dificuldade 1- acorda durante a madrugada mas volta a dormir 2- não consegue voltar a dormir se levanta da cama durante a noite</p> <p>7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (estas atividades) ou você tem que se forçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por que? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente? (no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?</p> <p>Trabalho e atividades: 0- sem dificuldades 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionado a atividade, trabalho ou hobbies 2- perda de interesse em atividades, hobbies ou trabalho, relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente: indecisão ou vacilo (sente que tem que se forçar para trabalhar ou fazer atividades) 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade; no hospital o paciente se ocupa por menos de três horas/dia em atividades com exceção de tarefas da enfermaria 4- parou de trabalhar devido à doença atual; no hospital sem atividades com exceção de tarefas da enfermaria ou não consegue realizar tais tarefas sem ajuda</p>
---	---

<p>8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista: Retardo (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora): 0- pensamento e discurso normais 1- lentificação discreta à entrevista 2- lentificação óbvia durante a entrevista 3- entrevista difícil 4- estupor completo</p> <p>9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista: Agitação: 0- nenhuma 1- inquietação 2- mexe as mãos, cabelos, etc. 3- movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista 4- retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios</p> <p>10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes, com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como o que, por exemplo? Ansiedade psíquica: 0- sem dificuldade 1- tensão e irritabilidade subjetivas 2- preocupa-se com trivialidades 3- atitude apreensiva aparente na face ou discurso 4- paciente expressa medo sem ser perguntado</p> <p>11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos? Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta. O quanto estes sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos eles foram? Quanto tempo ou com que frequência você os teve? Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina) Ansiedade (somática): Concomitantes de ansiedade, como: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação CV: palpitação, cefaléia Resp: hiperventilação, suspiros Ter que urinar frequentemente Sudorese 0- ausente 1- duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados 2- leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são incapacitantes 3- moderada: maior número e frequência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal 4- grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente</p> <p>12. Como tem estado seu apetite nesta última semana?(Como se compara ao seu apetite habitual ?) Você tem tido que se forçar a comer? As outras pessoas têm que insistir para você comer? Sintomas somáticos (gastrointestinais): 0- nenhum 1- perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência 2- dificuldade para comer sem insistência</p>	<p>13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem se sentido um peso nos membros, costas ou cabeça? Sintomas somáticos (gerais): 0- nenhum 1- peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, cabeça ou muscular; perda de energia e fadigabilidade 2- algum sintoma óbvio</p> <p>14. Como tem estado seu interesse em sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre performance, mas sobre seu interesse por sexo - o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você? Sintomas genitais (como perda de libido, distúrbios menstruais): 0- ausente: sem perda ou informação inadequada 1- leve ou infrequente: perda de libido, performance sexual prejudicada 2- óbvio e severo: perda completa do interesse sexual</p> <p>15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual?) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? SE SIM: Como o que, por exemplo? Com que frequência isto tem ocorrido? Hipocondria: 0- ausente 1- self-absorption(bodily) 2- preocupação com a saúde 3- queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc. 4- delírios hipocondríacos</p> <p>16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto? Se incerto: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: <i>Você voltou a ganhar algum peso?</i> Perda de Peso (desde o início da doença ou última avaliação?) 0- sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual 1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de <i>meio quilo</i>. 2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de <i>meio quilo</i> ou mais</p> <p>17. AVALIAÇÃO BASEADA NA OBSERVAÇÃO INSIGHT: 0- reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento 1- reconhece doença mas atribui a causa a má alimentação, clima, excesso de trabalho, vírus, necessidade de descanso, etc. 2- nega estar doente</p>
---	--

<p>18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia - manhã ou noite. SE VARIAÇÃO: Quão pior você se sente de (DIA OU NOITE)? SE INDECISO: um pouco pior ou muito pior? VARIAÇÃO DIURNA: A). Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, não marque nenhuma: __ sem variação ou não deprimido no momento __ pior pela manhã __ pior 'a tarde/noite B). Quando presente, anote a gravidade da variação: 0- nenhuma 1- leve 2- grave</p> <p>19. Na última semana, você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato das outras pessoas de uma maneira estranha? Alguma sensação de flutuação (spacey)? SE SIM: Quão ruim isto tem sido? Quantas vezes isto aconteceu nesta semana? Despersonalização e desrealização (como sensações de irrealidade e idéias niilistas) 0- ausente(s) 2- moderado 4- incapacitante 1- leve 3- grave</p> <p>20. Nesta última semana, você sentiu que alguém tentou te prejudicar ou te machucar? Se não: e sobre alguém falando sobre você pelas costas? SE SIM: fale mais sobre isso Sintomas paranóides: 0- nenhum 2- idéias de referência 1- desconfiado 3- delírios de referência e perseguição</p> <p>21. Na última semana, você teve que fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve que fazer e refazer varias vezes, como checar se as portas estão fechadas? SE SIM: você pode me dar um exemplo? Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando na sua cabeça sem parar? SE SIM: você pode me dar um exemplo? Sintomas obsessivos e compulsivos: 0- ausentes 1- leves 2- graves</p> <p>22. Retornando ao seu padrão de sono, você tem ido se deitar e adormecido mais cedo que o habitual? Pelo menos uma hora mais cedo? Em quantas noites nesta semana isto aconteceu? Hipersônia - adormecer precoce 0- não 1- leve, menos que 60 minutos 2- óbvia, definida - mais que 60 minutos mais cedo, todas as noites</p> <p>23. Você tem dormido em excesso, ficando na cama além da sua hora habitual de levantar? Por quantas horas? Quantas vezes isto aconteceu na última semana? Hipersônia - dormir mais que o habitual 0- não 1- leve, infreqüente - menos do que uma hora 2- óbvia/definida - dorme em excesso por mais do que uma hora, na maioria dos dias</p> <p>24. Você tem dormido durante o dia ? Seu cochilo dura mais do que 30 minutos? Em quantos dias desta semana você tirou dormiu durante o dia? Hipersônia - cochilos 0- ausentes 1- leve, infreqüente - cochilos duram menos do que 30 minutos, ou relata sonolência diurna excessiva 2- óbvia/definida - sonecas duram mais do que 30 minutos na maioria dos dias</p>	<p>25. Retornando ao seu apetite, você tem notado que você tem desejado comer mais do que o habitual nesta última semana? Você teve alguma fissura por comida? Você tem Aumentado a Quantidade do que come significativamente ? Aumento de apetite (mudança no apetite caracterizada por aumento na quantidade de comida ingerida, ou fissuras excessivas): 0- ausente 1- mínimo - aumento leve do apetite; fissura por comida 2- definido - aumento acentuado na ingestão de comida, ou fissura</p> <p>26. Você ganhou peso durante a última semana? Você ganhou 1 kg ou mais nesta semana? 2,5 kg nas duas últimas semanas? Ganho de peso 0- ausente 1- duvidoso / mínimo-menos do que 0,5 kg 2- óbvio - ganho de peso de 0,5 kg ou mais</p> <p>27. Observação e relato: Você tem dificuldade de começar tarefas ou fazer coisas que você fazia habitualmente no curso do dia? Fazer esta entrevista? Retardo psíquico - Lentificação do discurso e do processo de pensamento: descreve inibição da vontade ou sensação de que os processos de pensamento estão paralisados. Avalie com base na observação e na auto-descrição mas diferencie de um real retardo motor) 0- ausente 1- leve; discreto retardo de discurso e processo de pensamento 2- moderado - demora para responder as questões, descreve inibição da volição 3- grave; retardo do discurso e do processo de pensamento suficiente para prolongar significativamente a entrevista 4-extremo/excessivo; quase em mutismo, minimamente responsivo</p> <p>28. Retardo de movimento e de expressão afetiva. Avalie com base na observação e na auto-descrição mas diferencie retardo de pensamento ou discurso. Retardo motor 0 - ausente 1- leve - discreto achatamento do afeto, expressão fixa 2- moderado - voz monótona e diminuição de movimentos espontâneos 3- grave - óbvio retardo de movimento, marcha; afeto embotado 4- extremo - em estupor; retardo motor acentuado observado na marcha e na postura</p> <p>29. Na última semana você se sentiu desamparado para fazer coisas que você faz habitualmente, incapaz de completar suas tarefas, incluindo vestir-se, comer, arrumar-se? Você precisou de ajuda para alguma dessas coisas? Desamparo 0- ausente 1- sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista 2- paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo 3- necessita de insistência, orientação e reasseguramento para completar tarefas 4- requer assistência para se vestir, comer, ou realizar higiene pessoal</p>
--	---

<p>30. Durante a última semana, você tem tido esperança de que vai melhorar? Você está se sentindo desencorajado, em desespero, pessimista quanto ao futuro? Desesperança 0- ausente 1- duvida intermitentemente que “as coisas irão melhorar” mas pode ser reasegurado 2- <i>consistentemente</i> sente-se desesperançado mas aceita reaseguramentos 3- expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, pessimismo quanto ao futuro, que não podem ser desfeitos 4- espontaneamente e inapropriadamente persevera, “nunca vou melhorar” ou equivalente</p> <p>31. Durante a última semana, você se sentiu como se fosse inútil/, ruim, ou inferior? Você já teve sentimentos ruins sobre você mais fortes que isso? Baixa estima 0- ausente 1- indica sentimentos de inutilidade (perda da auto estima) apenas quando perguntado 2- paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade 3- diferente de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que ele(a) é “ruim”, “inferior” 4- delírios de inutilidade</p>	
---	--

(HAMILTON 31 > 18)

SCORE: _____

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1998). "Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group." Psychol Med **28**(3): 551-558.
- Ahlsio, B., M. Britton, et al. (1984). "Disablement and quality of life after stroke." Stroke. **15**(5): 886-890.
- Astrom, M., K. Asplund, et al. (1992). "Psychosocial function and life satisfaction after stroke." Stroke **23**(4): 527-531.
- Beekman, A. T., B. W. Penninx, et al. (1998). "Depression in survivor of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **33**(10): 463-470.
- Buck, D., A. Jacoby, et al. (2000). "Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke." Stroke **31**(8): 2004-2010.
- Bueno, V. F., A. R. Brunoni, et al. (2011). "Mood and cognitive effects of transcranial direct current stimulation in post-stroke depression." Neurocase **17**(4): 318-322.
- Burvill, P. W., G. A. Johnson, et al. (1995). "Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study." Br J Psychiatry **166**(3): 320-327.
- Carod-Artal, F. J. (2009). "[Immunopathogenesis and treatment of the myelopathy associated to the HTLV-I virus]." Rev Neurol **48**(3): 147-155.
- Carod-Artal, F. J. and J. A. Egido (2009). "Quality of life after stroke: the importance of a good recovery." Cerebrovasc Dis **27 Suppl 1**: 204-214.
- Carod-Artal, F. J., D. S. Trizotto, et al. (2009). "Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors." J Neurol Sci **284**(1-2): 63-68.
- Carod-Artal, J., J. A. Egido, et al. (2000). "Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit." Stroke **31**(12): 2995-3000.

- Chen, Y. K., K. S. Wong, et al. (2011). "Health-related quality of life in patients with poststroke emotional incontinence." Arch Phys Med Rehabil **92**(10): 1659-1662.
- Choi-Kwon, S., J. Choi, et al. (2008). "Fluoxetine improves the quality of life in patients with poststroke emotional disturbances." Cerebrovasc Dis **26**(3): 266-271.
- Choi-Kwon, S., K. Han, et al. (2012). "Poststroke depression and emotional incontinence: Factors related to acute and subacute stages." Neurology.
- Ciconelli, R. M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short form health survey (SF-36). São Paulo, Escola Paulista de Medicina. .
- Coons, S. J., S. Rao, et al. (2000). "A comparative review of generic quality-of-life instruments." Pharmacoeconomics **17**(1): 13-35.
- DATASUS. (2005). "Indicadores e dados básicos Brasil." Retrieved <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm#mort>.
- de Coster, L., A. F. Leentjens, et al. (2005). "The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: a discriminant analytic approach." Int J Geriatr Psychiatry **20**(4): 358-362.
- Ebrahim, S. (1995). "Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement." Soc Sci Med **41**(10): 1383-1394.
- Ebrahim, S. (1995). "Public health implications of ageing. The Milroy Lecture." J R Coll Physicians Lond **29**(3): 207-215.
- Evaristo, E. F. (2008). Ataque Isquêmico Transitório e Acidente Vascular Cerebral. Pronto-Socorro: Diagnóstico e Tratamento em Emergências. H. S. Martins, M. C. T. Damasceno and S. B. Awada. Barueri, SP Manole: pg.1639-1645.
- Gargano, J. W. and M. J. Reeves (2007). "Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry." Stroke **38**(9): 2541-2548.

- Gray, L. J., N. Sprigg, et al. (2007). "Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST)." Stroke **38**(11): 2960-2964.
- Gunaydin, R., A. G. Karatepe, et al. (2011). "Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study." Arch Gerontol Geriatr **53**(1): 19-23.
- Guyatt, G. H., S. J. Veldhuyzen Van Zanten, et al. (1989). "Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review." CMAJ **140**(12): 1441-1448.
- Haley, W. E., D. L. Roth, et al. (2011). "Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study." Qual Life Res **20**(6): 799-806.
- Hamilton, M. (1960). "A rating scale for depression." Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry **23**: 56-62.
- Horvath, S., Z. Karanyi, et al. (2006). "[Clinical effectiveness and safety of paroxetine in post-stroke depression: results from a phase 4, open label, multicenter clinical trial with 26 weeks of follow-up]." Orv Hetil **147**(50): 2397-2404.
- House, A., P. Knapp, et al. (2001). "Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month." Stroke **32**(3): 696-701.
- Jaracz, K. and W. Kozubski (2003). "Quality of life in stroke patients." Acta Neurol Scand **107**(5): 324-329.
- Jonkman, E. J., A. W. de Weerd, et al. (1998). "Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment." Acta Neurol Scand **98**(3): 169-175.
- Jonsson, A. C., I. Lindgren, et al. (2005). "Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers." Stroke **36**(4): 803-808.
- Kessler, R. C., K. A. McGonagle, et al. (1994). "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey." Arch Gen Psychiatry **51**(1): 8-19.

- Kimura, M., R. G. Robinson, et al. (2000). "Treatment of cognitive impairment after poststroke depression : a double-blind treatment trial." Stroke **31**(7): 1482-1486.
- King, R. B. (1996). "Quality of life after stroke." Stroke **27**(9): 1467-1472.
- Kwok, T., R. S. Lo, et al. (2006). "Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study." Arch Phys Med Rehabil **87**(9): 1177-1182; quiz 1287.
- Lewis, S. C., M. S. Dennis, et al. (2001). "Negative attitudes among short-term stroke survivors predict worse long-term survival." Stroke **32**(7): 1640-1645.
- Lynch, E. B., Z. Butt, et al. (2008). "A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships." J Rehabil Med **40**(7): 518-523.
- Makiyama, T. Y., L. R. Battistella, et al. (2004). "A study about quality of life in hemiplegic stroke patients and their caregivers." Acta Fisiatr **11**(3): 106-109.
- Minayo, M. C. S., Z. M. A. Hartz, et al. (2000). "Qualidade de vida e saúde: um debate necessário." Ciencia & Saude Coletiva **5**(1): 7-18.
- Mitchell, P. H., R. C. Veith, et al. (2009). "Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial." Stroke **40**(9): 3073-3078.
- Muller-Nordhorn, J., C. H. Nolte, et al. (2005). "The use of the 12-item short-form health status instrument in a longitudinal study of patients with stroke and transient ischaemic attack." Neuroepidemiology **24**(4): 196-202.
- Murray, V., M. von Arbin, et al. (2005). "Double-blind comparison of sertraline and placebo in stroke patients with minor depression and less severe major depression." J Clin Psychiatry **66**(6): 708-716.
- Naess, H., U. Waje-Andreassen, et al. (2006). "Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up." Stroke **37**(5): 1232-1236.

- Niemi, M. L., R. Laaksonen, et al. (1988). "Quality of life 4 years after stroke." Stroke **19**(9): 1101-1107.
- Nys, G. M., M. J. van Zandvoort, et al. (2006). "Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke." J Neurol Sci **247**(2): 149-156.
- Parikh, R. M., R. G. Robinson, et al. (1990). "The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up." Arch Neurol **47**(7): 785-789.
- Patel, M. D., C. McKeivitt, et al. (2007). "Clinical determinants of long-term quality of life after stroke." Age Ageing **36**(3): 316-322.
- Patrick, D. L. and R. A. Deyo (1989). "Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life." Med Care **27**(3 Suppl): S217-232.
- Paul, S. L., H. M. Dewey, et al. (2006). "Prevalence of depression and use of antidepressant medication at 5-years poststroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study." Stroke **37**(11): 2854-2855.
- Rabelo, D. and A. Néri (2006). "Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão." Estudos de Psicologia **11**(2): 169-177.
- Raju, R. S., P. S. Sarma, et al. (2010). "Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors." Stroke **41**(12): 2932-2937.
- Robinson, R. G. (1997). "Neuropsychiatric consequences of stroke." Annu Rev Med **48**(-): 217-229.
- Robinson, R. G., P. L. Bolduc, et al. (1987). "Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years." Stroke **18**(5): 837-843.

- Robinson, R. G. and T. R. Price (1982). "Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients." Stroke, **13**(5): 635-641.
- Robinson, R. G., L. B. Starr, et al. (1983). "A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial evaluation." Stroke **14**(5): 736-741.
- Robinson, R. G., L. B. Starr, et al. (1984). "A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up." Stroke **15**(3): 510-517.
- Robinson, R. G., L. B. Starr, et al. (1984). "A two year longitudinal study of mood disorders following stroke. Prevalence and duration at six months follow-up." Br J Psychiatry **144**: 256-262.
- Sacco, R. L. (1997). "Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke." Neurology **49**(5): 39-44.
- Seidl, E. M. and C. M. Zannon (2004). "Quality of life and health: conceptual and methodological issues." Cad Saude Publica **20**(2): 580-588.
- Skaner, Y., G. H. Nilsson, et al. (2007). "Self-rated health, symptoms of depression and general symptoms at 3 and 12 months after a first-ever stroke: a municipality-based study in Sweden." BMC Fam Pract **8**(-): 61.
- Stevenson, W. J. (1981). Estatística Aplicada à administração. São Paulo, Ed.Harbra.
- Sturm, J. W., G. A. Donnan, et al. (2004). "Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS)." Stroke **35**(10): 2340-2345.
- Suenkeler, I. H., M. Nowak, et al. (2002). "Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression." J Neurol **249**(9): 1160-1167.
- Teoh, V., J. Sims, et al. (2009). "Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study." Top Stroke Rehabil **16**(2): 157-166.

- Terroni, L. M. N., C. C. Leite, et al. (2003). "Depressão Pós-AVC: Fatores de Risco e terapêutica antidepressiva." Rev Assoc Med Bras **49**(4): 450-459.
- Vataja, R., T. Pohjasvaara, et al. (2001). "Magnetic resonance imaging correlates of depression after ischemic stroke." Arch Gen Psychiatry **58**(10): 925-931.
- Vataja, R., T. Pohjasvaara, et al. (2005). "Depression-executive dysfunction syndrome in stroke patients." Am J Geriatr Psychiatry **13**(2): 99-107.
- Vestling, M., B. Tufvesson, et al. (2003). "Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction." J Rehabil Med **35**(3): 127-131.
- Viitanen, M., K. S. Fugl-Meyer, et al. (1988). "Life satisfaction in long-term survivors after stroke." Scand J Rehabil Med **20**(1): 17-24.
- Virues-Ortega, J., F. J. Carod-Artal, et al. (2009). "Cross-cultural validation of the Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Psychosocial questionnaire (SCOPA-PS) in four Latin American countries." Value Health **12**(2): 385-391.
- Ware, J. E., Jr. and C. D. Sherbourne (1992). "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection." Med Care **30**(6): 473-483.
- Williams, J. B. (1988). "A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale." Arch Gen Psychiatry **45**(8): 742-747.
- Yamakawa, Y., S. Satoh, et al. (2005). "Efficacy of milnacipran on poststroke depression on inpatient rehabilitation." Psychiatry Clin Neurosci **59**(6): 705-710.