

Perceção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Doentes com Acidente Vascular Cerebral numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados: Um Estudo de Seguimento

Perception of Health-Related Quality of Life in Stroke Patients in a Continuing Care Unit: A Follow-Up Study

José GRILO GONÇALVES^{1,2}, Manuel TEIXEIRA VERÍSSIMO³, Daniela FIGUEIREDO⁴
Acta Med Port 2025 Apr;38(4):245-249 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.22181>

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, com uma prevalência de 8% em indivíduos com 50 ou mais anos de idade. Este estudo procurou avaliar a perceção de qualidade de vida (QoL) relacionada com a saúde em doentes com AVC, após alta da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), assim como os fatores que influenciam a QoL relacionada com a saúde. Foi realizado um estudo observacional, longitudinal com utentes de idade igual ou superior a 65 anos, com antecedentes de AVC e alta clínica, na zona Centro de Portugal. Foram avaliados em dois momentos: aos seis e aos 12 meses pós-alta da UCCI. Os dados foram recolhidos através de instrumentos de auto-preenchimento, nomeadamente a versão portuguesa da *Stroke Scale Quality of Life* (SS-QoL). Considerando perdas de seguimento, foram incluídos um total de 128 indivíduos. Todas as dimensões da SS-QoL apresentaram melhorias dos seis para os 12 meses pós-alta. As variáveis "personalidade" e "capacidade mental" evidenciaram a melhor evolução. Os preditores psicológicos, físicos e cognitivos mostraram influência significativa na qualidade de vida pós-AVC, com ansiedade e depressão reduzindo a QoL, enquanto as capacidades funcionais e cognitivas a melhoraram. O presente estudo permite compreender a evolução da QoL destes utentes, incluindo os fatores mais afetados ao longo do tempo, e que influenciam a reabilitação pós-AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Seguimento; Perceção; Qualidade de Vida; Reabilitação de Acidente Vascular Cerebral

ABSTRACT

Stroke continues to be one of the main causes of death in Portugal, with a prevalence rate of 8% in individuals aged 50 or over. The objectives of this study were to evaluate the perception of quality of life (QoL) related to health in patients with stroke, after discharge from the Integrated Continuing Care Unit (UCCI), and to evaluate the factors that influence health-related QoL. An observational, longitudinal and descriptive study was carried out with patients aged 65 years or older with a history of stroke and hospital discharge in central Portugal. They were observed in two time points: six and 12 months after discharge from the UCCI. Data was collected using self-completion questionnaires, namely the Portuguese version of the Stroke Scale Quality of Life (SS-QoL). Considering follow-up losses, a total of 128 individuals were included. All SS-QoL dimensions showed improvements from six to 12 months post-discharge. The variables "personality" and "mental capacity" showed the best evolution. The present study allows us to understand the evolution of the QoL of these users, including the most affected factors over time and that influence post-stroke rehabilitation.

Keywords: Aftercare; Perception; Quality of Life; Stroke; Stroke Rehabilitation

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular de início súbito, caracterizada pelo desenvolvimento repentino de sinais e sintomas neurológicos, que perduram por mais de 24 horas, sem outra causa aparente que não a de origem vascular. A causa de AVC pode ser isquémica – por oclusão de um vaso –, ou hemorrágica – por rotura de um vaso.^{1,2} Os fatores de risco incluem, principalmente, a hipertensão arterial, a fibrilhação auricular e a diabetes *mellitus*.³

A maioria dos sobreviventes apresentam comorbilidades prévias a que se vêm juntar as sequelas do AVC, que determinam uma diminuição da autonomia nas atividades de vida diária, requerendo apoio na gestão das rotinas quotidianas e cuidados de reabilitação diferenciados.⁴ Quanto mais precoce a abordagem e respetivo tratamento, maior a probabilidade de sucesso e prevenção de sequelas.⁵

Após alta hospitalar e chegada ao domicílio, a incapacidade funcional e as complicações médicas associadas têm consequências físicas, emocionais e sociais significativas nos sobreviventes de AVC e seus cuidadores.⁶ Um dos principais objetivos nos cuidados a pessoas sobreviventes de AVC é melhorar e manter a qualidade de vida relacionada com a saúde (QoL). Para isso, é fundamental identificar os fatores que a influenciam, considerando que, com o envelhecimento, surgem multimorbilidades que dificultam a gestão da saúde.^{7,8} O objetivo do presente estudo consiste em avaliar a perceção de QoL relacionada com a saúde e os seus preditores em doentes com AVC, aos seis e 12 meses após alta da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Foi realizado um estudo observacional, longitudinal e descritivo-correlacional com *follow-up* de um ano para avaliar a QoL em doentes com AVC que tiveram alta dos serviços de neurologia e/ou medicina de hospitais da zona

1. Departamento de Educação e Psicologia. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.

2. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

3. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

4. CINTESIS@RISE. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.

✉ Autor correspondente: José Grilo Gonçalves. grilo.goncalves@ua.pt

Recebido/Received: 13/08/2024 - Aceite/Accepted: 16/12/2024 - Publicado/Published: 01/04/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



Centro que foram admitidos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Medicina e Reabilitação. A avaliação ocorreu na admissão e alta hospitalar na UCCI, e aos seis e 12 meses após a alta. A população inicial incluiu 154 indivíduos com 65 anos ou mais, mas o *follow-up* foi concluído com 128 devido a 22 óbitos e quatro perdas de seguimento.

Os dados foram recolhidos entre agosto de 2020 e julho de 2022, usando um protocolo com instrumentos de auto-preenchimento para obter informações sociodemográficas, clínicas e funcionais, como a idade, sexo, tipo de AVC e comorbidades. Na admissão na UCCI, foram usadas escalas como a *Modified Rankin Scale for Neurologic Disability* (mRANKIN), escala de Barthel, Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS) e Teste de Avaliação Cognitiva de Montreal para Demência (MoCA) para avaliar défices neurológicos, dependência funcional, independência diária, capacidade

de ingestão alimentar e triagem cognitiva. Adicionalmente, foram usados os dados da *National Institutes of Health Stroke Scale* recolhidos na avaliação do doente no hospital de agudos. As reavaliações utilizaram as escalas Escala Internacional de Eficácia em Quedas (FES-I), Índice de Independência em Atividades da Vida Diária (KATZ), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e *Stroke Scale Quality of Life* (SS-QoL) para medir preocupações com quedas, autonomia, ansiedade, depressão e a QoL. A análise da evolução da QoL foi realizada através do teste *t* de Student para amostras emparelhadas e regressão linear múltipla, com análises no SPSS.v.28 a um nível de significância de 5%.

O estudo incluiu 128 participantes, com idade média de 71,5 anos (40 - 94), sendo a maioria homens (n = 80, n = 99, 62,3%), aposentados (n = 100, 77,3%); a maioria tinha o ensino básico (77,9%) e era casada (n = 81, 63,3%).

Tabela 1 – Evolução dos utentes, comparação entre 6 meses e 12 meses

Variável	Admissão	Alta	6 meses	12 meses	Taxa de variação entre 6 e 12 meses
Apoio de marcha					
Nenhum	32 (25,0%)	34 (26,6%)	50 (39,1%)	46 (35,9%)	-3,2%
Marcha apoiada	47 (36,7%)	55 (43,0%)	51 (39,8%)	46 (35,9%)	-3,9%
Cadeira de rodas	37 (28,9%)	28 (21,9%)	18 (14,1%)	28 (21,9%)	+7,8%
Acamado	12 (9,4%)	11 (8,6%)	9 (7,0%)	8 (6,3%)	-0,7%
Sem afasia					
Afasia leve a moderada	33 (25,8%)	36 (28,1%)	27 (21,1%)	29 (22,7%)	+1,6%
Afasia grave	11 (8,6%)	9 (7,0%)	11 (8,6%)	7 (5,5%)	-3,1%
Mutismo, afasia global	16 (12,5%)	14 (10,9%)	-	1 (0,6%)	+0,6%
Permanência do doente após alta da UCCI					
Domicílio	-	84 (65,6%)	98 (76,6%)	94 (73,4%)	-2,2%
Lar	-	9 (7,0%)	16 (12,5%)	22 (17,2%)	+4,7%
UCMD	-	24 (18,8%)	12 (9,4%)	9 (7,0%)	-2,4%
ERPI	-	4 (3,1%)	2 (1,6%)	2 (1,3%)	-0,3%
RGA	-	6 (4,7%)	-	-	-
Hospital	-	1 (0,7%)	-	-	-
Fisioterapia			86 (67,2%)	56 (43,8%)	-23,4%
Escalas aplicadas					Diferenças entre momentos
FOIS; média (DP)	4,64 (1,75)	5,47 (1,56)	6,47 (1,21)	6,69 (1,03)	$p = 0,001$
MOCA; média (DP)	15,91 (5,17)	16,37 (4,77)	16,53 (4,57)	17,35 (4,23)	$p = 0,009$
HADS – Ansiedade; média (DP)	-	-	7,04 (5,85)	5,80 (4,11)	$p = 0,057$
HADS - Depressão; média (DP)	-	-	8,68 (5,29)	7,97 (4,73)	$p = 0,541$
FES; média (DP)	-	-	33,94 (16,23)	30,22 (16,38)	$p = 0,004$
KATZ; média (DP)	-	-	4,09 (1,88)	4,35 (1,89)	$p = 0,302$
NIHSS; média (DP)	6,82 (3,79)	4,51 (3,42)			$p < 0,001$
mRANKIN; média (DP)	3,06 (0,99)	2,24 (1,08)			$p < 0,001$
I.BARTHEL; média (DP)	38,57 (24,25)	64,24 (27,56)			$p < 0,001$

DP: desvio padrão; ERPI: estruturas residenciais para idosos; FES: Escala Internacional de Eficácia em Quedas; FOIS: Escala Funcional de Ingestão Oral; HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; KATZ: Índice de Independência em Atividades da Vida Diária; MoCA: Teste de Avaliação Cognitiva de Montreal para Demência; RGA: reabilitação geral de adultos; UCCI: Unidade de Cuidados Continuados Integrados; UCMD: Unidade de Cuidados de Média Duração.

A Tabela 1 apresenta a evolução dos utentes em diversas variáveis ao longo do tempo, desde a admissão e alta na Unidade de Cuidados Continuados Integrados até os seis e 12 meses após a alta, incluindo o apoio de marcha, alterações na afasia, local de permanência pós-alta, fisioterapia e resultados de instrumentos de avaliação funcional e cognitiva. Observaram-se melhorias significativas nas dimensões “personalidade” ($\delta = 0,51$) e “capacidade mental” ($\delta = 0,41$); as dimensões “papel familiar”, “disposição”, “autocuidado”, “papel social”, “energia”, “mobilidade” e “função do membro superior” também melhoraram, embora com pequenos efeitos; por fim, as dimensões “linguagem” e “visão” não apresentaram mudanças significativas dos seis para os 12 meses após a alta (Tabela 2).

A análise dos preditores da QoL em doentes pós-AVC revelou a influência significativa de fatores psicológicos, físicos e cognitivos sobre o bem-estar global, conforme evidenciado pelos resultados do modelo de regressão.

O R^2 foi de 0,69, ajustado para o número de preditores no modelo. O teste F revelou que o modelo era estatisticamente significativo [$F(6,119) = 48,65$; $p < 0,001$]. Os coeficientes do modelo indicaram que o valor de ansiedade da escala HADS registado aos seis meses [$\beta = -2,047$, $t(119) = -3,769$; $p < 0,001$], assim como o valor de depressão da escala HADS registado aos seis meses [$\beta = -2,490$, $t(119) = -4,801$; $p < 0,001$], tiveram um impacto negativo significativo sobre a QoL. O *score* da escala KATZ aos seis meses [$\beta = 10,113$; $t(119) = 6,859$; $p < 0,001$], o valor do teste de MoCA à data do AVC [$\beta = 1,530$; $t(119) = 2,915$; $p = 0,004$], o valor da escala de FOIS à data do AVC [$\beta = 3,107$; $t(119) = 2,022$; $p = 0,045$] e o índice de Barthel na alta da UCCI [$\beta = 0,324$; $t(119) = 2,924$; $p = 0,004$] revelaram um efeito

positivo sobre o valor de *score* global da QoL.

Este estudo analisou a QoL em doentes com AVC, seis e 12 meses após alta da UCCI, identificando preditores significativos. Os resultados revelaram que a ansiedade e a depressão, medidas pela escala HADS, impactaram negativamente a QoL, com a ansiedade ($\beta = -2,047$; $p < 0,001$) e a depressão ($\beta = -2,490$; $p < 0,001$) associadas a uma redução no bem-estar global. Em contraste, as funcionalidades físicas e cognitivas, como a independência nas atividades diárias (KATZ, $\beta = 10,113$; $p < 0,001$) e a função cognitiva (MoCA, $\beta = 1,530$; $p = 0,004$), tiveram um impacto positivo significativo na QoL. A capacidade de deglutição (FOIS, $\beta = 3,107$; $p = 0,045$) e a independência funcional (Barthel, $\beta = 0,324$; $p = 0,004$) também contribuíram para a melhoria da QoL. Os resultados corroboram estudos anteriores, que identificam a importância de fatores como o apoio social, reabilitação e acesso a tratamentos de saúde na melhoria da QoL após o AVC. Considera-se que os programas de reabilitação devem iniciar-se o mais precocemente possível, integrando uma equipa multidisciplinar e a família do doente, de modo a ser possível atingir as melhorias desejadas na QoL dos utentes com AVC.

Algumas dimensões da SS-QoL não apresentaram melhorias significativas, como a “linguagem” e a “visão”. Estes resultados poderão estar relacionados com a origem do AVC e défices potencialmente permanentes nessas áreas, ou com as limitações dos programas de reabilitação existentes.

Foi possível verificar uma melhoria significativa nas dimensões “papel social” e “capacidade mental”. Não obstante, a par deste estudo, outros estudos demonstram melhorias em todas as dimensões da SS-QoL após alta das

Tabela 2 – Comparação da qualidade de vida, entrevista dos 6 para os 12 meses (n = 128)

Variável	6 meses	12 meses	t	p	Tamanho de efeito (delta Glass)
Escala SS-QoL					
Energia	6,92 (4,40); 3 - 16	7,70 (4,55); 3 - 15	-2,419	0,017	0,18 (Muito pequeno)
Papel familiar	8,25 (4,52); 2 - 25	9,33 (4,91); 1 - 25	-3,557	0,001	0,24 (Pequeno)
Disposição	15,30 (6,77); 3 - 25	16,52 (7,31); 3 - 32	-2,295	0,023	0,18 (Muito pequeno)
Personalidade	9,88 (4,96); 3 - 25	11,04 (5,29); 3 - 25	-2,799	0,006	0,23 (Pequeno)
Papel social	9,83 (5,35); 3 - 25	12,52 (6,75); 3 - 25	-5,324	< 0,001	0,51 (Médio)
Capacidade mental	6,95 (4,40); 3 - 16	8,77 (5,53); 3 - 25	-4,501	< 0,001	0,41 (Pequeno)
Linguagem	18,94 (6,08); 5 - 30	19,20 (6,87); 3 - 30	-0,447	0,656	NA
Mobilidade	18,39 (7,40); 4 - 30	19,51 (8,93); 4 - 64	-2,011	0,046	0,14 (Muito pequeno)
Função membro superior	15,02 (7,21); 3 - 30	16,28 (7,52); 3 - 30	-2,909	0,004	0,16 (Muito pequeno)
Visão	13,65 (3,26); 3 - 25	14,00 (3,91); 3 - 25	-1,306	0,194	NA
Produtividade	8,52 (5,06); 3 - 25	9,52 (6,00); 3 - 25	-2,727	0,007	0,20 (Pequeno)
Autocuidado	15,87 (6,97) 5 - 28	17,51 (8,34); 3 - 56	-2,929	0,004	0,23 (Pequeno)
Total SSQOL	141,62 (48,31)	159,70 (56,83)	-4,244	< 0,001	0,39 (Pequeno)

unidades de reabilitação. A análise dos preditores de QoL descritos no modelo de regressão revelou dados importantes sobre os fatores que influenciam significativamente a QoL em doentes após AVC. Com um R^2 ajustado de 0,69, o modelo mostrou que uma proporção substancial da variabilidade na QoL pode ser explicada pelos preditores incluídos. O teste F confirmou que o modelo é estatisticamente significativo, indicando que, coletivamente, os preditores escolhidos são capazes de prever a QoL de maneira eficaz.

Os resultados indicam que níveis mais altos de ansiedade e depressão, conforme medidos pela escala HADS aos seis meses após o AVC, estão negativamente associados com a QoL. Especificamente, a ansiedade ($\beta = -2,047$; $t(119) = -3,769$; $p < 0,001$) e a depressão ($\beta = -2,490$; $t(119) = -4,801$; $p < 0,001$) associaram-se a uma redução da QoL. Estes achados são coerentes com a literatura existente, que demonstra que sintomas psicológicos adversos podem reduzir a percepção de bem-estar e satisfação com a vida em sobreviventes de AVC. Intervenções que visam a saúde mental destes doentes podem, portanto, ser cruciais para melhorar a sua QoL.

Por outro lado, as funcionalidades físicas e cognitivas revelaram-se como preditores positivos significativos da QoL. O *score* da escala KATZ aos seis meses ($\beta = 10,113$; $t(119) = 6,859$; $p < 0,001$) mostrou o impacto mais forte, sugerindo que a independência nas atividades diárias é um determinante crítico da QoL. O valor do teste de MoCA à data do AVC ($\beta = 1,530$; $t(119) = 2,915$; $p = 0,004$), que avalia a função cognitiva, também foi um preditor significativo destacando a importância da preservação cognitiva na percepção de qualidade de vida. Similarmente, a capacidade de deglutição, medida pela escala FOIS à data do AVC ($\beta = 3,107$; $t(119) = 2,022$; $p = 0,045$), e a independência funcional, medida pelo Índice de Barthel à data da alta hospitalar ($\beta = 0,324$; $t(119) = 2,924$; $p = 0,004$), contribuíram significativamente para a QoL.

As limitações do estudo incluem o tamanho da amostra e a natureza observacional, que não permitem estabelecer causalidade. O estudo reforça a importância de intervenções que abordem aspetos físicos, cognitivos e psicológicos para melhorar a QoL pós-AVC. A avaliação da QoL relacionada com a saúde promove uma melhor compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos aspetos que per-

turbam o quotidiano dos utentes e o real impacto do AVC nas suas vidas.⁹

O AVC causa limitações funcionais complexas, afetando significativamente a QoL, devido às dificuldades nas atividades diárias. Este estudo revelou que, embora os doentes tenham registado melhorias em dimensões como “papel social”, “personalidade” e “capacidade mental”, facilitando a reintegração social, não foram percebidas mudanças na “linguagem” e “visão”. Estes resultados destacam a necessidade de personalizar e melhorar os programas de reabilitação pós-alta, maximizando os benefícios para todas as dimensões da QoL. Participar em programas de reabilitação mostrou-se essencial para promover a recuperação e o bem-estar global dos doentes.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JGG: Conceção e desenho do estudo, recolha e análise de dados, redação do manuscrito.

DF, MTV: Conceção e desenho do estudo, revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

- Pimentel J, Ferro J. Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: Lidel; 2006.
- Rubin E, Gorstein F, Rubin R, Schwartz R, Strayer D. Patologia – bases clinicopatológicas da medicina. 4ª ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, SA; 2005.
- Neves D. Acidente vascular cerebral: causas, primeira abordagem e tratamento. Universidade de Coimbra. 2021. [consultado 2023 fev 20]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/99121/1/David%20Neves%20Documento%20Unico.pdf>.
- Pucciarelli G, Ausili D, Reborá P, Arisido M, Simeone S, Alvaro R. Formal and informal care after stroke: a longitudinal analysis of survivors' post rehabilitation hospital discharge. J Adv Nurs. 2019;75: 2495-505.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. 2021. [consultado 2023 mar 12]. Disponível em: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>.
- Moura A, Teixeira F, Amorim M, Henriques A, Nogueira C, Alves E. A scoping review on studies about the quality of life of informal caregivers of stroke survivors. Qual Life Res. 2022;31:1013-32.
- Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation

between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care*, 2016;15:4.

8. Oliveira M, Orsini, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista*

Neurociências, 2009;17:255-62.

9. Rehman A, Niazi R, Rehman H, Javed A. Assessment of quality of life of stroke survivors and their caregivers presenting to a tertiary care hospital in Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2022;72:2180-3.