



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

CURSO DE FISIOTERAPIA

CARLA BEATRIZ DANTAS DA SILVA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PODEM SER DETERMINANTES DE
PREJUÍZO NA FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS APÓS AVC?**

FORTALEZA

2022

CARLA BEATRIZ DANTAS DA SILVA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PODEM SER DETERMINANTES DE
PREJUÍZO NA FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS APÓS AVC?**

**Trabalho de conclusão de curso,
apresentado ao curso de Fisioterapia do
departamento de Fisioterapia da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para a obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia**

**Orientadora: Profa. Dra. Camila Ferreira
Leite**

Co Orientadora: Eriádina Alves de Lima

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S579s Silva, Carla Beatriz Dantas.
Sintomas de ansiedade e depressão podem ser determinantes de prejuízo na funcionalidade de indivíduos após AVC? / Carla Beatriz Dantas Silva. – 2022.
22 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Camila Ferreira Leite.
Coorientação: Profa. Esp. Eriádina Alves de Lima.
1. acidente vascular cerebral. 2. ansiedade. 3. depressão. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. I. Título.

CDD 615.82

CARLA BEATRIZ DANTAS DA SILVA

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PODEM SER DETERMINANTES DE
PREJUÍZO NA FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS APÓS AVC?**

**Trabalho de conclusão de curso,
apresentado ao curso de Fisioterapia do
departamento de Fisioterapia da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para a obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia.**

Aprovada em: 21/01/2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Camila Ferreira Leite (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lidiane Andrea Oliveira Lima

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Laíla Cândida Zacarias

Universidade Federal do Ceará (UFC)

FORTALEZA

2022

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me sustentado até aqui.

À minha mãe, que foi meu porto seguro durante todos os 5 anos de graduação.

Ao meu pai, que me ajudou, financeiramente, e também me apoiou nesse processo.

À minha irmã, que me motivou a continuar mesmo diante das dificuldades.

Ao meu tio Messias, que me colocou em suas orações e me auxiliou durante esses anos.

À minha orientadora, que não desistiu de mim, mesmo diante de todas as atrasos e falta de responsabilidade, às vezes.

À minha coorientadora, que me acolheu com muito carinho em sua pesquisa.

À minha banca, que, prontamente, se dispôs a avaliar meu trabalho.

Às minhas amigas, Larisse, Laura e Jacilane que me incentivaram desde o ensino médio.

Aos meus amigos, meu grupo chamado cúpula de fisioterapia, Thaís, Rafaela, Pedro, Jézica e Vandecir, que estiveram ao meu lado dividindo as alegrias e as tristezas do período de graduação.

E, por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para essa conquista

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda maior causa de morte no mundo, sendo uma das 18 doenças que mais causam deficiência na população mundial. Sintomas de ansiedade e depressão estão presentes em indivíduos acometidos por AVC. O objetivo do presente estudo foi identificar se sintomas de ansiedade e depressão podem ser determinantes de prejuízo na funcionalidade de indivíduos após AVC. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com uma amostra de indivíduos diagnosticados com AVC e acompanhados em ambulatório de um hospital terciário. Para avaliação da funcionalidade, foi utilizado o instrumento WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) versão 12 itens aplicado por entrevista. A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi aplicada para mensuração dos sintomas de ansiedade e depressão. Para análise do comprometimento cognitivo foi utilizado o Mini Exame de estado Mental (MEEM). Os dados foram analisados através da estatística descritiva e inferencial pelo programa Jamovi versão 2.0, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A amostra obteve um total de 60 participantes, com idade média de 62.9 ± 28 anos e, na sua maioria do sexo feminino, com sobrepeso, sem atividade laboral e com ensino fundamental incompleto. Não foi possível estabelecer uma significância estatística entre a pontuação do WHODAS 12 e a classificação da HADS para ansiedade. O mesmo foi visto em relação à classificação de sintomas de depressão, porém foram encontrados resultados significativos ao considerarmos a pontuação do WHODAS 12 em pacientes classificados com sintomas leves, demonstrando maior prejuízo da funcionalidade mesmo em indivíduos com sintomas depressivos leves. Quando considerada a funcionalidade como desfecho principal correlacionado-a com as demais variáveis, os escores do MEEM e de depressão da HADS se correlacionaram de forma moderada com a funcionalidade. Os resultados do presente estudo evidenciaram uma prevalência significativa dos sintomas depressivos em indivíduos após AVC, encontrando uma proporção de 61,6%, sendo, na sua maioria, classificada como sintomas moderados. No que se refere aos sintomas ansiosos, um total de 41,6% da amostra apresentou algum sintoma. Quando associamos os sintomas depressivos à funcionalidade, não encontramos correlação estatística significativa entre pior funcionalidade e sintomas mais graves. Desta forma, conclui-se que a classificação de sintomas de ansiedade e depressão não foi considerada um determinante de pior funcionalidade em indivíduos com AVC.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, ansiedade, depressão e CIF.

ABSTRACT

Stroke is the second leading cause of death worldwide, and is one of the 18 diseases that cause most disability in the world's population. Anxiety and depression symptoms are present in individuals affected by stroke. The aim of this study was to identify the impact of anxiety and depression symptoms on the functioning of individuals with a history of stroke. This is a cross-sectional, quantitative study, with a sample of individuals diagnosed with stroke and followed up in the outpatient clinic of a tertiary hospital. To evaluate functioning, we used the WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) version 12 items applied by interview. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied to measure anxiety and depression symptoms. The Mini Mental State Examination (MMSE) was used to analyze cognitive impairment. The data were analyzed through descriptive and inferential statistics by the Jamovi program version 2.0, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The sample obtained a total of 60 participants, with a mean age of 62.9 ± 28 years, and mostly females, overweight, without work activity and with incomplete elementary school education. It was not possible to establish statistical significance between the WHODAS 12 score and the HADS classification for anxiety. The same was seen in relation to the classification of symptoms of depression, but significant results were found when considering the WHODAS 12 score in patients classified with mild symptoms, showing greater impairment of functionality even in individuals with mild depressive symptoms. When functioning was considered as the main outcome correlated with the other variables, the MMSE and depression HADS scores correlated moderately with functioning. The results of the present study showed a significant prevalence of depressive symptoms in individuals after stroke, finding a proportion of 61.6%, being mostly classified as moderate symptoms. With regard to anxious symptoms, a total of 41.6% of the sample presented some symptom. When we associated depressive symptoms with functioning, we found no statistically significant correlation between worse functioning and more severe symptoms. Thus, we conclude that the classification of anxiety and depression symptoms was not considered a determinant of worse functioning in individuals with stroke.

Keywords: stroke, anxiety, depression and International Classification of Functioning, Disability and Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	9
2.1 Desenho do estudo e amostra.....	9
2.2 Coleta de dados e instrumentos de avaliação.....	10
2.3 Análise dos dados.....	11
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO.....	18
5. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido por uma lesão neurológica focal ou difusa, de origem vascular, caracterizada por início súbito e duração superior a 24 horas (WHO, 2006). Pode ser classificado de acordo com sua etiologia, como isquêmico ou hemorrágico, sendo o mais prevalente, o AVC isquêmico, com 90% dos casos (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). O AVC isquêmico é resultante de uma interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, com redução da oferta de oxigênio, evoluindo para morte das células. Já o hemorrágico ocorre quando há a ruptura de um vaso sanguíneo cerebral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O AVC é a segunda maior causa de morte no mundo, representando, aproximadamente, 11% das mortes no ano de 2019, sendo menor apenas que a doença cardíaca isquêmica (WHO, 2019). No Brasil, em 2019, foram registrados mais de 100.000 óbitos por doenças cerebrovasculares, segundo o DATASUS. Os sobreviventes, muitas vezes, ficam com sequelas, necessitando de acompanhamento dos profissionais de saúde e, geralmente, do auxílio de outras pessoas para desempenhar suas atividades de vida diária (WHO, 2006).

De acordo com o Global Burden of Disease Study (2016), o AVC é uma das 18 doenças que mais causam deficiência na população mundial. Dentre as principais complicações observadas em curto prazo, podem ser citados o tromboembolismo pulmonar, a infecção urinária e as úlceras de decúbito, e a longo prazo, destacam-se alterações funcionais, como instabilidade de marcha e alterações psiquiátricas como ansiedade e depressão.

Grande parte dos indivíduos com histórico de AVC apresentam algum tipo de deficiência, sendo observado também que, ao longo de 5 anos, esses indivíduos estão mais propensos a recorrência de AVC, desenvolvimento de doenças cardiovasculares, comprometimento cognitivo e depressão (YANG et al., 2016).

Sintomas de ansiedade e depressão estão presentes em indivíduos acometidos por AVC, em uma proporção de 16,6% e 11,2%, respectivamente. A depressão é o distúrbio psicológico mais comum em indivíduos após AVC, representando 66% dos casos (BADWAIK; BADWAIK, 2021). Os sintomas depressivos aumentam com o decorrer do tempo após o AVC, sendo maiores na fase crônica, quando comparados à fase subaguda

(BOUFFIOULX e THONNARD, 2011). Além disso, ao menos, um tipo de transtorno de ansiedade é identificado dentro do período de 3 meses após AIT (ataque isquêmico transitório) ou AVC (CHUN et al., 2018).

Indivíduos com histórico de AVC demandam estratégias de tratamento e seguimento clínico contínuo. Isso é justificado pelas sequelas, presentes na maioria dos casos, que causam deficiências e prejuízos na funcionalidade. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o conceito de funcionalidade descreve a interação positiva entre o indivíduo e seus fatores contextuais, considerando, de forma individual, estruturas e funções do corpo, atividades e participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Os sintomas de ansiedade e depressão são comuns em pacientes pós AVC, impactando, negativamente no autogerenciamento da saúde nessa população, no entanto ainda existe escassez de estudos que busquem a interrelação destes sintomas com a funcionalidade dos indivíduos, neste sentido o objetivo do presente estudo foi identificar se sintomas de ansiedade e depressão podem ser determinantes de prejuízo na funcionalidade de indivíduos após AVC. A principal hipótese é que os sintomas de ansiedade e depressão impactam negativamente, seja direta ou indiretamente, na funcionalidade de indivíduos após AVC.

2. METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com uma amostra de indivíduos diagnosticados com AVC e acompanhados em ambulatório especializado. O recrutamento foi realizado em um ambulatório de um hospital universitário na cidade de Fortaleza-CE. O estudo foi realizado de janeiro/2020 a julho/2021 e obedeceu os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012, com parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa nº 25885019.6.0000.5045.

Foram incluídos indivíduos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos. Foram excluídos da amostra indivíduos com outras condições de saúde simultâneas ao AVC que pudessem causar impacto na funcionalidade ou sintomas de ansiedade e depressão;

aqueles que não possuíam prontuário com as informações clínicas necessárias para a pesquisa; e ainda, aqueles que não conseguiram responder aos questionários utilizados.

2.2 Coleta de dados e instrumentos de avaliação

Foram utilizados instrumentos para coletar os dados clínicos relacionados à doença de base. Os pacientes foram avaliados quanto ao status cognitivo, funcionalidade e sintomas de ansiedade e depressão. A aplicação dos instrumentos foi realizada por pesquisadores treinados previamente.

Para avaliação da funcionalidade foi utilizado o questionário WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule). O WHODAS é um instrumento idealizado pela Organização Mundial de Saúde, considerado de prática aplicação, aplicável a qualquer condição de saúde (caráter genérico) e que contempla os domínios propostos pela CIF. O WHODAS 2.0 possui versão traduzida e adaptada para a população brasileira. (CASTRO; LEITE, 2017). O WHODAS apresenta-se em 3 versões, que variam quanto ao número de itens, estas se subdividem pelo formato de aplicação (autoadministrada, entrevista ou proxy). A versão utilizada nesta pesquisa é composta por 12 itens, aplicada por entrevista. O respondente considera em suas respostas o período recordatório dos últimos 30 dias, e tem a funcionalidade avaliada a partir de itens que contemplam função cognitiva, autocuidado, mobilidade, atividades diárias, relações interpessoais e participação. A opção de resposta é apresentada como escala Likert que varia entre 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (extrema ou incapacidade de realizar). O método utilizado para pontuar este instrumento é denominado “pontuação simples”, em que as pontuações atribuídas a cada um dos itens são somadas, sem que haja recodificação ou agrupamento das categorias de resposta (WHO, 2010; MOREIRA et al., 2015).

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi aplicada para rastreamento dos sintomas de ansiedade e depressão. Um instrumento validado para a população brasileira, prático e de fácil aplicação composto por 14 questões, cuja pontuação global varia de 0 a 21 (BOTEGA et al., 1995). Essa escala pode ser auto-preenchida ou aplicada por um entrevistador, em caso em que o participante não seja alfabetizado. Possui como vantagem, englobar sintomas emocionais não relacionados diretamente às doenças físicas, o que reduz a probabilidade de fator confundidor (MARCOLINO et al., 2007).

Para análise da comprometimento cognitivo foi utilizado o Mini Exame de estado Mental (MEEM), caracterizando perfil cognitivo da amostra. Trata-se de um teste que avalia orientação, linguagem e memória, com duração de aplicação de, aproximadamente, 15 minutos (FINNEY; MINAGAR; HEILMAN, 2016). Pode-se utilizar pontos de corte mínimos a serem atingidos de acordo com o nível de escolaridade do indivíduo, em que pontos de cortes menores são associados a níveis escolares menores (MELO; BARBOSA, 2015). Dessa forma, foram utilizados os pontos de cortes, de acordo com o estudo de Brucki et al. (2003), sendo 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos.

2.3 Análise dos dados

Os dados foram tabulados através do software Microsoft Office Excel e analisados através da estatística descritiva e inferencial pelo programa Jamovi versão 2.0, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram apresentados como frequência absoluta e relativa. Para análise entre os grupos, foram utilizados os teste de Teste de Mann-Whitney ou Teste de Kruskal-Wallis, com pós teste de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. As correlações foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Spearman. A força das correlações foi categorizada da seguinte forma: $r < 0,25$, pouca ou nenhuma; $0,25 < r < 0,50$, razoável; $0,50 < r < 0,75$, moderado a bom e; $r > 0,75$, bom a excelente (LG; MP, 2008).

3. RESULTADOS

A amostra obteve um total de 60 participantes, com idade média de 62.9 ± 28 anos. Na sua maioria do sexo feminino, com sobrepeso, sem atividade laboral e com ensino fundamental incompleto. A descrição sociodemográfica é apresentada na tabela 1 e a descrição clínica, na tabela 2.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	n(60) Média ±DP
IDADE	62.9 ± 28
SEXO	
Masculino	27(45%)
Feminino	33(55%)
COR	
Branco	14 (23.3%)
Preto	10 (16.7%)
Pardo	36 (60%)
IMC	28 ± 3.81
Peso adequado	15 (25%)
Sobrepeso	28 (46.7%)
Obesidade	17 (28.3%)
 ATIVIDADE LABORAL	
Sim	10 (16.7%)
Não	50 (83.3%)
ESCOLARIDADE	
Analfabeto	6 (10%)
Ensino fundamental completo	16 (26.7%)
Ensino fundamental incompleto	24 (40%)
Ensino Médio completo	8 (13.3%)
Ensino Médio incompleto	3 (5%)
Ensino Superior	3 (5%)

Legenda 1 - Dados expressos em média ± desvio padrão, ou n (%), IMC: índice de massa corpórea.

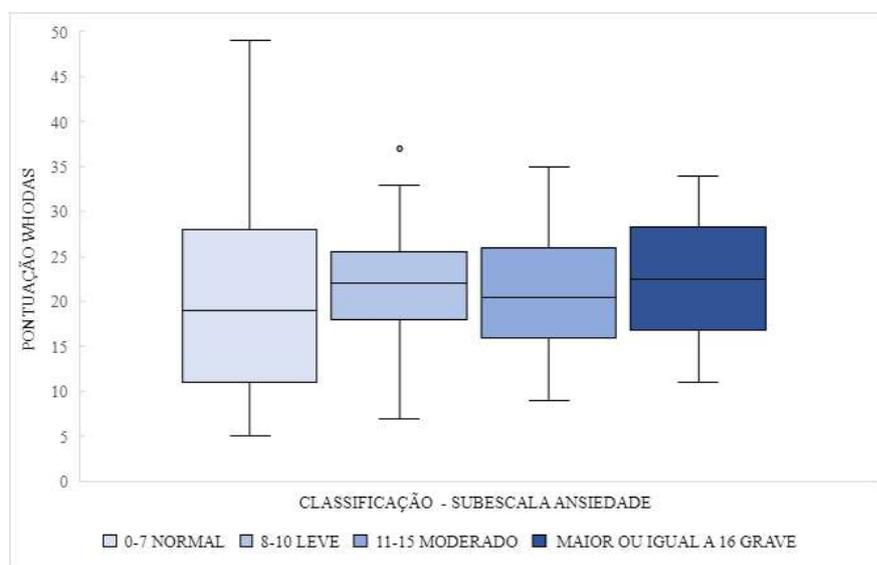
Tabela 2. Descrição clínica

Variável	n(%) Média ±DP Mediana (p25 - p75)
	n(60)
WHODAS 12	20.3 ± 10.4
HADS- DEPRESSÃO	8.68 ± 3.88
Classificação subescala de depressão	
Normal	23 (38.3%)
Leve	15 (25%)
Moderado	20 (33.3%)
Grave	2 (3.3%)
HADS- ANSIEDADE	7.07 ± 3.73
Classificação subescala de ansiedade	
Normal	35 (58.3%)
Leve	15 (25%)
Moderado	8 (13.3%)
Grave	2 (3.3%)
MEEM	24 (20-26.3)
Atingiu o escore de cognição previsto pelo critério de escolaridade*	21 (35%)
Não atingiu o escore de cognição previsto pelo critério de escolaridade*	39 (65%)

Legenda 2 - Dados expressos em média ± desvio padrão, mediana (percentil 25 - percentil 75) HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; MEEM: Mini Exame de Estado Mental - Pontos de corte considerados de acordo com* Brucki et al. (2003): Analfabetos 20 pontos; 1 a 4 anos de escolaridade, 25 pontos; 5 a 8 anos de escolaridade, 26,5 pontos; 9 a 11 anos de escolaridade, 28 pontos ; > 11 anos de escolaridade, 29 pontos.

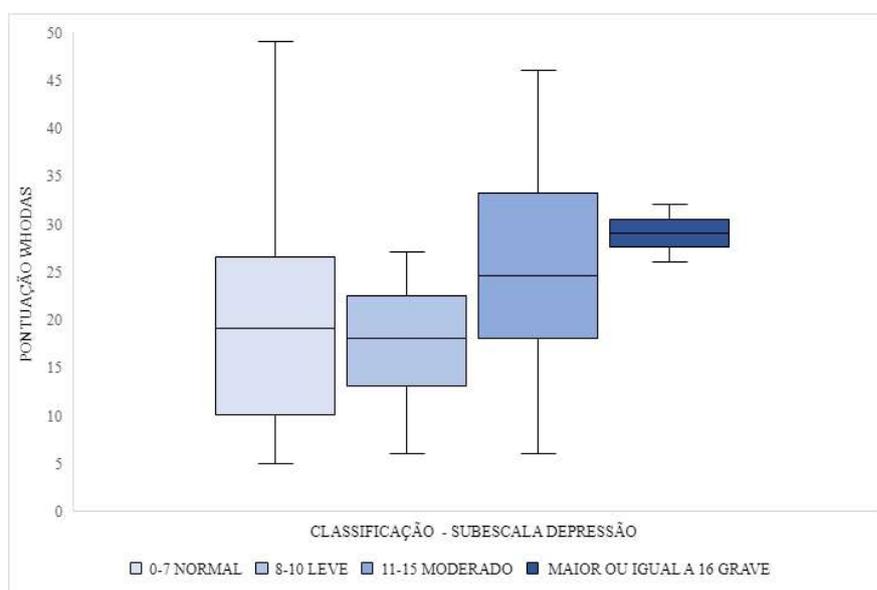
Quando comparamos a pontuação do WHODAS 12 e a classificação da HADS para ansiedade não é possível estabelecer significância estatística entre os dados (figura 1). O mesmo se vê em relação à classificação de sintomas de depressão. As pontuações mais altas do WHODAS 12 (pior funcionalidade) ocorrem em indivíduos com maior sintomatologia depressiva (figura 2), contudo, sem diferença significativa entre as diferentes categorias.

Figura 1: Funcionalidade considerando a classificação de ansiedade na população estudada.



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 2: Funcionalidade considerando a classificação de depressão na população estudada.



Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 3 descreve a avaliação da funcionalidade através do WHODAS 12 considerando a classificação da ansiedade segundo as variáveis sociodemográficas e o MEEM, sendo este pontuado de acordo com o nível de escolaridade do indivíduo. Não foi observado significância estatística nos resultados obtidos.

Os mesmos dados foram correlacionados com sintomas de depressão. Observamos resultados significativos ao considerarmos a pontuação do WHODAS 12 em pacientes classificados com sintomas leves, demonstrando maior prejuízo da funcionalidade mesmo em indivíduos com sintomas depressivos leves. Aqueles participantes que não atingiram a pontuação de corte no MEEM também apresentaram piores pontuações no WHODAS 12, sugerindo que indivíduos com déficit cognitivo e sintomas depressivos apresentaram pior funcionalidade (tabela 4).

Tabela 3- Avaliação da funcionalidade pelo WHODAS estratificada pela classificação de ansiedade segundo as variáveis.

VARIÁVEIS	Classificação de Ansiedade				p ^b
	Normal A1	Leve A2	Moderada A3	Grave A4	
SEXO					
Masculino	22 (13-28)	22 (18,5-24)	13,5 (11,3-15,8)	11(11-11)	0.534
Feminino	18 (9,5-30)	21 (18-25,3)	24,5 (19,3-26)	34(34-34)	0.546
p ^a	0.774	0.942	0.177	1	
ESCOLARIDADE	A1	A2	A3	A4	
A. Analfabetos	13 (9,5-31)	31(28-34)	35(35-35)	-	0.807
B. 1 a 4 anos	26.5 (16,3-28,8)	20,5(15,3-23,5)	16,5(3,3-19,8)	-	0.368
C. 5 a 8 anos	20(16,5-22,5)	22(19-26)	22(20-24)	34(34-34)	0.383
D. 9 a 11 anos	11(11-14)	18(16.5-18)	13.5(11.3-15.8)	11(11-11)	0.519
E. > 11 anos	9(9-9)	33(33-33)	26(16-16)	-	0.368
p ^b	0.463	0.139	0.295	1	
MEEM	A1	A2	A3	A4	
Atingiu	22(11-31)	20,5(18,3-30,3)	18(10-18)	11(11-11)	0.618
Não atingiu	19(11,5-28)	23(18-25)	26(24,5-30,5)	34(34-34)	0.360
p ^a	0.748	0.859	0.097	1	

Legenda 3. a: Teste de Mann-whitney; b: Teste de Kruskal-Wallis, com pós teste de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner; A1: normal; A2: ansiedade leve; A3: ansiedade moderada; A4 ansiedade grave. $p < 0,05$ entre as variáveis e as categorias de ansiedade. A;B;C;D;E: Expressam $p < 0,05$ entre variáveis considerando a classificação de ansiedade; MEEM: Mini Exame do Estado Mental.

Tabela 4 - Avaliação da funcionalidade pelo WHODAS estratificada pela classificação de depressão segundo as variáveis .

VARIÁVEIS	Classificação de Depressão			p ^b
	Normal D1	Leve D2	Moderada D3	
SEXO				
Masculino	15(10-28)	21(14.5-26)	22 (19-28)	0.737
Feminino	19(15.8-25)	16.5(14-18.3)	26 (18-34.5)	0.092
p ^a	0.771	0.223	0.6	
ESCOLARIDADE				
A. Analfabetos	37(31-43)	6(6-6)	35 (24-36)	0.304
B. 1 a 4 anos	19.5(8.25-28)	21.5(17.5-25.5)	23 (18-29)	0.502
C. 5 a 8 anos	19(13.5-22.5)	21(19.5-23.5)	24(21.3-28)	0.345
D. 9 a 11 anos	16(13.3-22.8)	11(11-15)	12(9-15)	0.512
E. > 11 anos	-	-	29.5(27.8-31.3)	
p ^b	0.436	0.030	0.388	
MEEM				
Atingiu	20.5(13-28.8)	18(8.5-27.5)	18(8.5-27.5)	0.456
Não atingiu	18(9-25)	26(23-34)	26(23-34)	0.048
p ^a	0.623	0.666	0.095	

Legenda 4. a: Teste de Mann-whitney; b: Teste de Kruskall-Wallis, com pós teste de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner; D1: normal; D2: depressão leve; D3: depressão moderada; D4 depressão grave. $p < 0,05$ entre as variáveis e as categorias de depressão. A;B;C;D;E: Expressam $p < 0,05$ entre variáveis considerando a classificação de depressão; MEEM: Mini Exame do Estado Mental.

Quando considerada a funcionalidade como desfecho principal correlacionado-a com as demais variáveis, observou-se que sexo, IMC e escore de ansiedade da HADS apresentaram valores de correlação desprezíveis. Outros dados sociodemográficos como idade e escolaridade obtiveram correlação fraca; e o escore total do MEEM assim como o escore de

depressão da HADS se correlacionaram de forma moderada com a funcionalidade, como demonstrado na tabela 5.

Tabela 5. Correlação do WHODAS 12 e demais variáveis

whodas 12 score	Rho de Spearman (p-valor)
Sexo	r=0.069 (p=0.602)
Idade	r = 0.24 (p=0.065)
IMC	r = - 0.013 (p=0.921)
MEEM (escore total)	r=-0.309 (p=0.016)*
Escolaridade	r = -0.239 (p=0.066)
Escore de depressão HADS	r = 0.299 (p=0.020)*
Escore de ansiedade HADS	r =-0.032 (p=0.809)

Legenda 5.IMC: Índice de massa corporal; MEEM: Mini exame do estado mental; HADS: Escala hospitalar de ansiedade e depressão. *p<0.05

4. DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a maioria dos indivíduos com histórico de AVC apresentam maiores pontuações do WHODAS 12, o que significa pior funcionalidade. Também foi identificado prejuízo na funcionalidade dos sujeitos com sintomas leves de depressão, assim como daqueles com baixa pontuação do MEEM.

A análise do WHODAS 12 evidenciou uma média de 20.3 ± 10.4 na pontuação da amostra, menores pontuações refletem melhor funcionalidade. Sendo a pontuação máxima a ser atingida no WHODAS 12 igual a 48 pontos, percebe-se o impacto desta condição de saúde no prejuízo da funcionalidade dos indivíduos acometidos por AVC. O achado corrobora com o que é a literatura, em que pesquisas apontam que ao longo de cinco anos indivíduos com AVC apresentam alguma deficiência e estão mais propensos à recorrência de AVC e à depressão (YANG et al., 2016).

Os resultados do presente estudo evidenciaram uma prevalência significativa dos sintomas depressivos em indivíduos após AVC, encontrando uma proporção de 61,6%, sendo,

na sua maioria, classificada como sintomas moderados. Tal achado confirma o descrito por ALGHWIRI (2016) que identificou depressão na proporção de dois terços, isto é, 64% em uma população com histórico de AVC.

No que se refere aos sintomas de ansiedade, um total de 41,6% da amostra apresentou algum sintoma, sendo classificado como leve, moderado ou grave. Em uma revisão sistemática com meta análise de RAFSTEN; DANIELSSON; SUNNERHAGEN (2018) a prevalência de, pelo menos, um tipo de transtorno de ansiedade em sobreviventes de AVC foi de 29,3%.

Quando associamos os sintomas depressivos à funcionalidade, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre maiores pontuações do WHODAS 12, que indicam pior funcionalidade em indivíduos com sintomas depressivos classificados como leve. Um estudo de EZEMA et al (2018) associou a depressão após AVC à independência funcional, observando uma diferença significativa entre os sobreviventes de AVC com e sem depressão e evidenciando maior independência em sujeitos sem depressão.

Além disso, um estudo de ALGHWIRI (2016) avaliou a correlação entre depressão utilizando o Beck Depression Inventory (BDI) e desempenho físico autorrelatado avaliado pelo Stroke Impact Scale16 versão 3 (SIS-16_3.0) em indivíduos após AVC, encontrando uma relação inversa entre intensidade dos sintomas depressivos e habilidade física, isto é, os resultados demonstraram que um melhor desempenho funcional foi associado com pontuações de depressão mais baixas.

BROWN et al. (2012) pesquisou a associação entre o nível de independência funcional com AVD e depressão, com o objetivo de determinar a relação entre depressão e limitações funcionais, encontrando achados que sugerem níveis de depressão maiores entre aqueles com maior dependência funcional.

Poucos estudos investigaram a associação dos sintomas de ansiedade à funcionalidade de pessoas com histórico de AVC. De acordo com os resultados encontrados com esta pesquisa, não há significância estatística que determine a relação entre piores sintomas de ansiedade e pior funcionalidade. Mesmo a ansiedade sendo o segundo sintoma psicológico mais prevalente nesse perfil de indivíduos, com um total de 46% dos casos (BADWAIK; BADWAIK., 2021). A mesma também está associada a maior probabilidade do indivíduo com AVC adquirir transtorno generalizado da ansiedade e ainda,

daqueles com ansiedade serem mais susceptíveis à deficiências físicas (LO BUONO et al., 2018).

Uma coorte prospectiva observacional investigou a associação entre ansiedade e depressão após o AVC e incapacidade, encontrando resultados estatisticamente significativos entre ansiedade e incapacidade, sendo observado que indivíduos com ansiedade apresentavam maiores prejuízos na cognição, convivência e participação, avaliados através do WHODAS II (LIANG et al., 2021)

Quanto à correlação moderada encontrada entre cognição e funcionalidade, um estudo de UMAROVA et al. (2019) encontrou resultado semelhante ao utilizar a variável anos de educação para determinar a “reserva cognitiva” e investigar a influência no desempenho cognitivo e na incapacidade após AVC, sendo identificado que os anos de escolaridade poderiam servir como preditores para a gravidade dos déficits cognitivos e o nível de incapacidade na fase aguda do AVC.

Um ensaio clínico de NOÉ-SEBASTIÁN et al., (2017) investigou o impacto dos déficits que ocorrem após um AVC na incapacidade a longo prazo, assim como os benefícios da reabilitação nessa população. Foi observado, que ao final da intervenção, embora a maioria tenha apresentado melhora, apenas 11% foram classificados como incapacidade leve, sendo estes indivíduos com função cognitiva preservada no início do estudo.

A principal limitação do presente estudo foi o tamanho amostral reduzido, com um maior tamanho amostral, provavelmente, resultados mais robustos seriam encontrados. Entretanto, este estudo traz uma proposta de investigação da funcionalidade por meio de um instrumento baseado na CIF, permitindo uma avaliação multidimensional do sujeito, considerando sua integralidade, como sua participação e o contexto ambiental em que está inserido.

5. CONCLUSÃO

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, concluindo que a classificação de sintomas de ansiedade e depressão não foi considerada um determinante de pior funcionalidade em indivíduos com AVC.

REFERÊNCIAS

ALGHWIRI, A. A. The Correlation between Depression, Balance, and Physical Functioning Post Stroke. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association**, v. 25, n. 2, p. 475–479, 1 fev. 2016.

BADWAIK, D. G.; BADWAIK, P. Influence of Psychological Disorders on the Functional Outcomes in the Survivors of Ischemic Stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 30, n. 2, 1 fev. 2021.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359–363, 1995.

BROWN, C. et al. Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. **Acta neurologica Scandinavica**, v. 126, n. 1, p. 45–51, jul. 2012.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3 B, p. 777–781, 2003.

CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 385–391, dez. 2017.

CHUN, H. Y. Y. et al. Anxiety after stroke the importance of subtyping. **Stroke**, v. 49, n. 3, p. 556–564, 2018.

COSTA, F. A. DA; SILVA, D. L. A. DA; ROCHA, V. M. DA. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1341–1348, 2011.

E, B.; C, A.; JL, T. Satisfaction with activity and participation and its relationships with body functions, activities, or environmental factors in stroke patients. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 92, n. 9, p. 1404–1410, set. 2011.

EZEMA, C. I. et al. Functional Independence in Activities of Daily Living. **Ethiop J Health Sci**, v. 29, n. 1, p. 841, 2018.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas The International Classification of Functioning, Disability and Health: Concepts, Uses and Perspectives. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 187–93, 2005.

FINNEY, G. R.; MINAGAR, A.; HEILMAN, K. M. Assessment of Mental Status. **Neurologic Clinics**, v. 34, n. 1, p. 1–16, 1 fev. 2016.

Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2016 | GHDx. Disponível em:

<<http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2016-incidence-prevalence-and-ylds-1990-2016>>. Acesso em: 4 ago. 2021.

LG, P.; MP, W. **Foundations of Clinical Research: Applications to Practice**. 3rd ed ed. [s.l.] River: Prentice Hall, 2008.

LIANG, C. et al. Effect of mood on long-term disability in younger stroke survivors: results from the Psychosocial Outcomes In StrokeE (POISE) study. **Topics in stroke rehabilitation**, 2021.

LO BUONO, V. et al. Relation among Psychopathological Symptoms, Neuropsychological Domains, and Functional Disability in Subacute Poststroke Rehabilitation. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association**, v. 27, n. 5, p. 1381–1385, 1 maio 2018.

MARCOLINO, J. Á. M. et al. Measurement of anxiety and depression in preoperative patients. Comparative study. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 2, p. 157–166, 2007.

MELO, D. M. DE; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865–3876, 1 dez. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília-DF 2013 Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deeciência. 2013.

MOREIRA, A. et al. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 179–182, 1 jul. 2015.

NOÉ-SEBASTIÁN, E. et al. Disability after stroke: A longitudinal study in moderate and severe stroke patients included in a multidisciplinary rehabilitation program. **Revista de Neurologia**, v. 64, n. 9, p. 385–392, 1 maio 2017.

ORGANIZATION, WORLD HEALTH. World Health Statistics 2019 Monitoring Health For The SDGs. **Palgrave, London**, v. 8, n. 5, p. 55, 2019.

RAFSTEN, L.; DANIELSSON, A.; SUNNERHAGEN, K. S. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 50, n. 9, p. 769–778, 2018.

TRUELSEN, T.; BEGG, S. The Global Burden of Cerebrovascular Disease. **World Health Organization**, 2006.

UMAROVA, R. M. et al. Cognitive reserve impacts on disability and cognitive deficits in acute stroke. **Journal of neurology**, v. 266, n. 10, p. 2495–2504, 1 out. 2019.

YANG, Y. et al. The Disability Rate of 5-Year Post-Stroke and Its Correlation Factors: A National Survey in China. 2016.