



Instituto Superior
Ciências da Saúde
NORTE

Susana Patrícia Moreira Silva

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA
VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE
QUALIDADE DE VIDA PARA O ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL (ECVI-38)**

Tese de Mestrado
Neuropsicologia Clínica
2012

Susana Patrícia Moreira Silva

Características Psicométricas da Versão
Portuguesa da Escala de Qualidade de Vida para o
Acidente Vascular Cerebral (ECVI-38)

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em
Neuropsicologia Clínica, submetida ao Instituto
Superior de Ciências da Saúde – Norte sob a orientação
do Prof. Doutor Bruno Peixoto

Resumo

Actualmente assume-se que a qualidade de vida (QV) tem particular importância para os serviços de saúde e é uma dimensão chave na avaliação das sequelas do Acidente vascular Cerebral (AVC). Contudo, são escassos os instrumentos disponíveis para a população portuguesa. O objectivo do presente trabalho é validar a versão Portuguesa da Escala de *Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) e determinar a aceitabilidade, a validade constructo e a validade critério. A amostra foi constituída por 51 indivíduos com historial de AVC (2 meses a 2 anos de evolução), provenientes da consulta externa de duas instituições de saúde. Foram excluídos do estudo, doentes com patologia neuropsiquiátrica, ou outra condição de saúde que pudesse interferir na QV. Paralelamente à aplicação da ECVI-38 foram aplicadas as seguintes provas: *Índice de Barthel*; Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de *Lawton e Brody*; *Hospital Anxiety and Depression Scale*; *Montreal Cognitive Assessment*; *National Institute of Health Stroke Scale*. A perda de dados nos diferentes itens situou-se abaixo dos 10% e os efeitos piso e tecto abaixo dos 80%. O alfa de Cronbach para o total da escala foi de 0,94 e os valores para os oito domínios estiveram compreendidos entre 0,7 e 0,97. Obtiveram-se correlações significativas entre os oito domínios e o total da ECVI-38. Os resultados obtidos na escala permitem distinguir de forma significativa os indivíduos de acordo com o grau de afectação neurológica. Todos os domínios da ECVI-38 apresentam correlações significativas com instrumentos de conteúdo similar. A versão portuguesa da ECVI-38, apresenta boas características psicométricas, nomeadamente boa aceitabilidade, boa validade de constructo e critério. Resta determinar a fiabilidade (confiabilidade teste-reteste) e sensibilidade à mudança.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de Vida, Validação

Abstract

Currently, it is assumed that the quality of life (QoL) has particular importance to health services and it is a key dimension to the evaluation of stroke sequels. However, there are few instruments available to Portuguese population. The aim of the present project is to validate the Portuguese version of the scale of *Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) and determinate the acceptability, construct validity and criteria validity. The sample was formed by 51 individuals with history of stroke (2 months to 2 years of evolution), from outpatient of two health institutions. We excluded from this study, patients with neuropsychiatric pathology or other health condition that could interfere in the QoL. In parallel to the application of ECVI-38, we have applied the following tests: *Barthel Index*, *Scale of Instrumental Activities of Daily Life of Lawton and Brody*; *Hospital Anxiety and Depression Scale*; *Montreal Cognitive Assessment*; *National Institute of Health Stroke Scale*. The loss of data in different items was below 10% and the floor and ceiling effects below 80%. Cronbach's alpha for total scale was 0,94 and the values for the 8 domains were comprised between 0,7 and 0,97. It was obtained significant correlations between the 8 domains and the total of ECVI-38. The results obtained in the scale allow us to distinguish, in a significant way, the individuals by the degree of neurologic allocation. Every domains of ECVI-38 present significant correlations with instruments of similar content. The Portuguese version of ECVI-38, shows good psychometric characteristics, including good acceptability and good construct and criteria validity. It remains to determinate the reliability (test-retest reliability) and sensitivity to change.

Keywords: Stroke, Quality of Life, Validity

Agradecimentos

Gostaria de deixar aqui expresso os meus mais profundos e sentidos agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar um agradecimento muito especial para o Prof. Doutor Bruno Peixoto, o motor de todo este trabalho e, o qual, foi desde sempre para mim uma inspiração. Obrigada pela orientação, auxílio e pela paciência e sabedoria que só os grandes mestres possuem. Obrigada pelo enorme contributo que deu para o meu crescimento científico e intelectual.

À Dr.^a Dulce Sousa, um enorme agradecimento pelo acolhimento e carinho sempre demonstrado, mas essencialmente, por todo o ensinamento e pela enorme colaboração que teve para que este trabalho fosse possível.

Um obrigado muito especial, aos meus pais, pelo papel fundamental que desempenham, por todas as horas que os privei da minha companhia e pela paciência, carinho e incentivo que sempre me demonstraram.

Ao Filipe, por me ter dado o seu apoio, ajuda, amor e carinho, que para mim foram imprescindíveis para a concretização deste trabalho. Obrigada por todo o carinho e, por estares sempre presente e me fazeres sempre acreditar que sou capaz.

Às minhas queridas irmãs, Rosa e Graça, por todo o apoio e amor. Obrigada por estarem sempre presente e, pelas palavras de incentivo e carinho.

Às minhas queridas sobrinhas, Flávia e Luana, por em momentos mais difíceis me carregarem as energias.

Aos meus amigos e colegas de curso, por todas as trocas de experiências, em especial, às minhas amigas do coração, Luísa e Marta, pelo privilégio da vossa amizade, e por saber que estão presentes em todos os momentos. Obrigada por todo o apoio, disponibilidade, estímulo, boa disposição e companheirismo.

À D. Rosa, do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, um agradecimento especial, pela autorização e, por toda a colaboração e disponibilidade concebida para a realização deste trabalho.

Às terapeutas Arcília e Vivian, do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, por terem sido duas pessoas excepcionais, e me terem criado todas as condições para a recolha de dados.

Ao Dr. Francisco Pires, por ter sido excepcional e pelo grande auxílio na criação de condições que me possibilitaram a recolha dos dados.

À Dr.^a Maria José Festas, pela disponibilização de meios para a selecção dos dados.

Ao Dr. Fernando Parada, Director do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital São João, pela receptividade para a realização deste trabalho.

À D. Célia e à D. Lúcia pela atenção e por todo o tempo que disponibilizaram para entrar em contacto com os doentes.

À Clever Concept, por me ter fornecido todo o material necessário para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada.

Aos doentes com AVC e também a muitos dos seus cuidadores, pelo carinho que demonstraram e por terem tornado este trabalho possível.

A todos os professores, do departamento de Psicologia, que contribuíram, de alguma forma para a minha formação, os meus sinceros agradecimentos.

Também a todas as pessoas que durante este trajecto de alguma forma me deram palavras de incentivo.

Mais uma vez, obrigada a todos.

Índice geral

Resumo.....	iii
Abstract	iv
Agradecimentos	v
Índice de tabelas	ix
Lista de Abreviaturas	x
Introdução.....	11
I – Enquadramento teórico	13
1.1- Qualidade de Vida (QV).....	13
1.2 – Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde (QVRS)	15
1.3 – Avaliação da qualidade de vida.....	17
1.3.1 – Medidas genéricas versus específicas.....	18
2 – Acidente Vascular Cerebral e Qualidade de Vida	21
II. Parte prática	26
2.1- Objectivos.....	26
2.2 – Métodos	26
2.2.1 – Amostra.....	26
2.2.1.1 – Caracterização da amostra.....	26
2.2.2 – Instrumentos de Avaliação.....	28
2.2.2.1 – Questionário breve estruturado.....	28
2.2.2.2 – <i>Escala de Calidad de vida para el ictus (ECVI-38)</i>	28
2.2.2.3 – <i>Índice de Barthel (IB)</i>	30
2.2.2.4 – <i>Escala das Actividades Instrumentais da Vida diária de Lawton e Brody (AIVD)</i>	30
2.2.2.5 – <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	31
2.2.2.6 – <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	31
2.2.2.7 – <i>Escala de AVC do NIH (NIHSS)</i>	32
2.2.3 – Procedimento.....	32
2.2.4 – Análise Estatística	34
2.2.4.1 – Análise psicométrica da ECVI-38	34
2.2.4.1.1 – Aceitabilidade	34
2.2.4.1.2 –Validade de Constructo	34
2.2.4.1.3 – Validade de Critério	35
2.2.5 – Resultados	35
2.2.5.1 – Dados gerais	35

2.2.5.2 – Dados psicométricos da ECVI-38.....	37
2.2.5.2.1 – Aceitabilidade.....	37
2.2.5.2.2 – Validade de Constructo.....	39
2.2.5.2.3 – Validade de Critério.....	41
2.2.6 – Discussão.....	42
2.2.7 – Conclusão.....	46
Bibliografia.....	47
Anexos.....	54
Artigo.....	61

Índice de tabelas

Tabela 1 - Determinantes de QVRS em doentes que sofreram um AVC que poderiam influenciar a adaptação à vida após o AVC.....	23
Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra	27
Tabela 3 - Resultados das escalas aplicadas	36
Tabela 4 - Resultados descritivos da ECVI-38 e seus oito domínios	36
Tabela 5 - Resultados dos aspectos que avaliam a aceitabilidade da ECVI-38	37
Tabela 6 - Distribuição das pontuações (efeito piso e efeito teto) da ECVI-38 e seus domínios	38
Tabela 7 - Valores do coeficiente α de Cronbach dos domínios da ECVI-38 e da pontuação total	39
Tabela 8 - Correlações (r) entre as pontuações totais da ECVI-38 e os domínios que a compõe	40
Tabela 9 - Correlações entre domínios da ECVI-38 (expressos em valores de r)	40
Tabela 10 - Comparação da pontuação total da ECVI-38 com as categorias de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS	41
Tabela 11 - Correlação entre domínios da ECVI-38 e as escalas de avaliação comumente utilizadas com este tipo de doentes	41

Lista de Abreviaturas

ABVD – Actividades básicas da vida diária

ACVD – Actividades comuns da vida diária

AIVD – Escala de actividades instrumentais de vida diária

AVD - Actividades de vida diárias

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVC's – Acidentes Vasculares Cerebrais

CG – Cognição

CO – Comunicação

ECVI-38 – Escala de Qualidade de Vida para o AVC

EF – Estado Físico

EM – Emoções

FS – Funcionamento Sóciofamiliar

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HSJ- Hospital São João

IB – Índice de Barthel

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

NIHSS – Escala internacional de AVC do National Institute of Health

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à/com a Saúde

SE - Sentimentos

SF-36 – Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey

WHOQOL Group – World Health Organization Quality of Life Group

Introdução

A Qualidade de Vida (QV) é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, expressando conhecimentos, experiências e valores, individuais e colectivos. Não existe consenso relativamente a este tema, no entanto, a maioria das definições comportam factores comuns e ideias centrais como os sentimentos gerais de bem-estar, os sentimentos de implicação social positiva, oportunidades para desenvolver o potencial pessoal, ter controlo pessoal, e uma auto-imagem positiva (Schallock & Verdugo, 2003).

A QV foi definida por um Grupo de estudos da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1995, p.1405). Por outro lado, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um constructo multidimensional que se refere às percepções do indivíduo sobre o impacto da doença e do tratamento do ponto de vista físico, funcional, psicológico e social (Franchignoni & Sallaffi, 2003; Golomb, Vickrey, & Hays, 2001; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993). Este conceito difere da noção genérica de “qualidade de vida”, no sentido em que especifica a percepção do indivíduo, que pode ser afectada por uma condição de saúde ou modificada por serviços de saúde e que não abrange outros domínios (rendimentos, ambiente e suporte social), que podem ser influenciados pela doença, mas não são passíveis de mudança por profissionais da saúde (Guyatt et al., 1993). Assim, para a avaliação da QVRS têm de se considerar quatro domínios: físico, funcional, psicológico e social (de Haan, Aaronson, Limburg, Hower, & van Crevel, 1993).

Nos últimos 20 anos, a medida da QVRS vem surgindo no meio científico como instrumento importante para a investigação e a avaliação de diversas patologias. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é, classicamente caracterizado pelo seu início agudo, pode ter um efeito profundo sobre vários aspectos da vida individual, incluindo aspectos físicos, comportamentais, cognitivos, emocionais e sociais; e estes, por sua vez podem ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida QV do indivíduo

(LeVasseur, Green, & Talman, 2005). O AVC pode resultar numa severa e quantificável diminuição da qualidade de vida não só pelo déficits neurológicos, mas também pelas alterações de humor e o comprometimento do funcionamento das capacidades cognitivas (Jonkman, Weerd, & Vrijens, 1998). Neste contexto, surge a *Escala de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) (Fernández-Concepción et al., 2004; Fernández-Concepción, Verdecia-Fraga, Álvarez-González, Román-Pastoriza, & Ramírez-Pérez, 2005; Fernández-Concepción, Ramírez-Pérez, Álvarez, & Buergo-Zuáznabar, 2008), uma escala específica composta por 38 itens agrupados em oito domínios: estado físico (EF), comunicação (CO), cognição (CG), emoções (EM), sentimentos (SE), actividades básicas de vida diária (ABVD), actividades comuns de vida diária (ACVD) e funcionamento sóciofamiliar (FS). De acordo com os autores da prova, a ECVI-38, revela-se como um instrumento aceitável, fiável e válido para a avaliação da QV em doentes que sofreram um AVC (Fernández-Concepción et al., 2005).

Em Portugal poucos estudos têm em consideração a avaliação das alterações na QVRS dos doentes após-AVC, e os que têm, utilizam medidas genéricas de avaliação ou avaliações clássicas que não permitem quantificar o impacto que esta doença exerce na QV do indivíduo. As medidas genéricas de QVRS incluem medidas do estado da doença em geral, e no caso de uma doença específica, como no AVC, deve incluir itens específicos e concretos das características desta doença. Neste sentido, uma medida específica para a avaliação da QVRS no AVC seria uma mais-valia.

Dada a escassez de estudos neste âmbito em Portugal e principalmente a limitada possibilidade de escolha de instrumentos específicos para medir a QV em sobreviventes do AVC, torna-se pertinente validar para a população portuguesa um instrumento específico, para poder quantificar o impacto na QVRS e implementar outras perspectivas de investigação nestes doentes.

No sentido de clarificar a pertinência deste estudo, iremos realizar um enquadramento teórico que nos servirá como linha orientadora do nosso raciocínio, seguido da caracterização dos aspectos metodológicos, convencionados para esta investigação, no intuito de caracterizar todas as implicações metodológicas envolvidas na mesma.

I – Enquadramento teórico

1.1- Qualidade de Vida (QV)

O conceito de qualidade de vida é extremamente amplo, devido aos variadíssimos aspectos que apresenta. Muitos se debruçaram sobre a sua definição nas últimas décadas mas, no entanto, sem chegar a nenhum consenso (Buck, Jacoby, Massey, & Ford, 2000; Farquhar, 1995).

A procura de um significado para a expressão qualidade de vida, parece ser tão antiga quanto a própria civilização. Apesar de não haver certeza quanto à origem do conceito, o tema “qualidade de vida” ou “boa vida” parece estar presente desde a época dos antigos gregos (Schwartzmann, 2003), tendo sido identificadas algumas citações nas obras clássicas de *Nichomachian Ethics*, Aristóteles (330 a.C) (Panagiotakos & Yfantopoulos, 2011).

A ideia de “qualidade de vida” terá sido mencionada pela primeira vez em 1920 por Pigou, num livro de economia e bem-estar, mas só em 1964 o termo veio a conhecimento público pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, que declarou: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Wood-Dauphinee, 1999). Estava assim dada a primeira orientação para o estudo do conceito, que após a Segunda Guerra Mundial, passou a ser muito utilizado, mas raramente definido (Meeberg, 1993). Com o passar do tempo o crescimento económico e industrial ampliou este conceito. Nesta altura a QV estava associada ao crescimento e ao desenvolvimento económico, essencialmente relacionada com a melhoria do padrão de vida, desde a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos.

A QV é assim um conceito mutável, que pode mudar em função do tempo, do local, da pessoa e do contexto cultural. O que é considerado como boa QV numa determinada época vai-se modificando à medida que a ciência e a tecnologia avançam, a saúde e a habitação se desenvolvem, o poder económico melhora e os conhecimentos sobre a caridade e humildade se aperfeiçoam (Leal, 2008).

Este conceito foi submetido a diversas interpretações, e diferentes definições foram surgindo em várias disciplinas, desde a economia, filosofia, sociologia, psicologia e medicina. Uma pesquisa no *Institute for Scientific Information* (ISI) entre 1982 e 2005 revela mais de 55.000 citações, utilizando o termo “qualidade de vida” (Costanza et al., 2007). No entanto, muitos termos são utilizados na literatura como sinónimos de QV, como bem-estar subjectivo, felicidade, condições de vida e, mais comumente, satisfação com a vida (Meeberg, 1993). O facto de existirem muitos sinónimos de QV e, ser um conceito popular em que todas as pessoas estão familiarizadas com o tema, foi apontado como uma das principais causas à discussão e delimitação científica do tema; dependendo ainda em grande medida da escala de valores por que cada um se rege e dos recursos emocionais e pessoais de cada um (Esteve & Rocca, 1997). Como afirma McGuire (1991 cit in Pais-Ribeiro, 2009), “*todos têm a sua própria ideia do que é a QV, e é nisso que reside o problema*”.

A inexistência de uma definição consensual levou que a OMS, nos anos 90, reunisse especialistas de várias partes do mundo e de diferentes culturas, num projecto colaborativo multicêntrico, perspectivando o desenvolvimento do conceito QV e a construção de um instrumento para a sua avaliação, que privilegiasse uma perspectiva internacional e transcultural. Desta forma, foi definido o termo e desenvolvido o instrumento *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL) (The WHOQOL Group, 1995).

O Grupo de estudos da QV da OMS definiu a qualidade de vida, fundamentando-o em três aspectos centrais: a subjectividade (trata-se de considerar a percepção da própria pessoa, que depende da sua experiência de vida, cultura e valores), a multidimensionalidade (reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões: física, psicológica e social) e a bipolaridade (inclui a presença de dimensões positivas e negativas) (Hilari & Smith, 2009; LeVasseur et al., 2005). Nesta definição, compreende-se a QV como um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos relevantes do ambiente em que vive (The WHOQOL Group, 1995). O grupo de QV ofereceu assim, uma clarificação à discussão conceptual do termo, que ainda continua a ser utilizado por alguns pesquisadores da área.

Ultimamente, têm se valorizado aspectos da QV como riqueza, emprego, qualidade do ambiente, saúde física e mental, educação, actividades recreativas e relações sociais (Panagiotakos & Yfantopoulos, 2011), entre outros, como a felicidade e a liberdade.

Nesta sucessão de ideias verificamos, que o conceito de QV evoluiu ao longo do tempo e tornou-se cada vez mais complexo, sendo um conceito dinâmico, amplo, subjectivo, polissémico e que está directamente relacionado com a percepção que cada um tem de si e dos outros e pode ser avaliada mediante critérios inerentes à pessoa.

1.2 – Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde (QVRS)

O conceito de QV generalizou-se e popularizou-se em ambientes de saúde, onde é frequentemente referido como “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (Pais-Ribeiro, 2009).

Na área da saúde, a utilização do conceito (QVRS) é relativamente recente, com um auge evidente na década de 90 e que se mantém ainda nos primeiros anos do século XXI (Schwartzmann, 2003).

Este termo é muito frequente na literatura e tem sido utilizado com objectivos semelhantes ao conceito geral (QV), no entanto, parece implicar aspectos mais associados a um tipo de doença ou a uma determinada intervenção ou tratamento em saúde (Seidl & Zannon, 2004). Assim, a QVRS, incorpora aspectos como o estado de saúde, prejuízos, sintomas e incapacidades (Andresen & Meyers, 2000), enquanto a QV é um conceito mais amplo, que abrange todos os aspectos da vida do indivíduo, sem fazer referência a disfunções ou doenças.

As expressões “estados de saúde”, “estado funcional”, “qualidade de vida” ou “qualidade de vida relacionada com a saúde” são utilizadas frequentemente como sinónimos, principalmente em contextos de doença, apesar de corresponder a conceitos distintos (Pais-Ribeiro, 2009; Soto & Failde, 2004).

A OMS foi pioneira no desenvolvimento da QVRS (Schwartzmann, 2003) ao definir em 1948 saúde como “*um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social e não somente a mera ausência de doença ou enfermidade*”. Esta definição introduziu o conceito de “saúde positiva” e a noção de que uma avaliação da saúde deve incluir factores psicológicos e sociais (aspectos subjectivos), além dos resultados

tradicionais de morbilidade e mortalidade (estado objectivo) (Dempster & Donnelly, 2008; Russell, Dempster & Donnelly, 2011).

Como acontece com o conceito de QV, a definição de QVRS também não é consensual entre os diversos autores, embora a sua definição seja mais restrita que a QV em geral (Andresen & Meyers, 2000), podendo ser segundo Patrick & Erickson (1993) definida como “*o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde*”, já segundo Schipper e colegas (Schipper et al., 1996 cit in Martínez-Martín, 2006) é “*o efeito funcional de uma doença e do seu tratamento sobre o paciente, tal como percebido pelo paciente*”. Nestas tentativas de definição há, no entanto, sempre referencia à ênfase que colocam na avaliação subjectiva que o indivíduo faz sobre a sua própria QV, mais especificamente, à avaliação que o sujeito faz sobre o impacto que uma mudança no seu estado de saúde pode ter sobre o estado físico, psicológico e social (Williams, Weinberger, Harris, Clark, & Biller, 1999). A QVRS é assim, um conceito subjectivo e individual; multidimensional e considera o impacto dos sintomas físicos e dos efeitos do tratamento no funcionamento psicossocial do indivíduo; é auto-controlada, o que significa que cada indivíduo determina em cada momento a sua própria situação e muda ao longo do tempo, em relação a factores intrínsecos e extrínsecos (Martínez-Martín, 2006). Incorpora de um modo geral os seguintes domínios: físico, funcional, psicológico e social (de Haan et al., 1993).

A saúde física refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, causados por uma doença ou por um tratamento. A saúde funcional, por sua vez, refere-se à capacidade do sujeito cuidar de si próprio, do seu grau de mobilidade, e nível de actividade física, assim como a capacidade de realizar diversos papéis relacionados com a família e o trabalho. A dimensão psicológica inclui o funcionamento cognitivo, emocional (especialmente o estado anímico), a satisfação com a vida, a felicidade e a percepção geral da saúde. Por último, a dimensão social refere-se à interacção do sujeito com o seu ambiente, seus contactos sociais (com especial referencia ao grau de isolamento social) e o estado de auto-estima pessoal perante uma doença crónica (Carod-Artal, 2004; de Haan et al., 1993).

É claramente reconhecido que a carga a nível individual de ter uma doença não é completamente descrita pelas habituais medidas de estado da doença, como por exemplo, os factores psicológicos como dor, apreensão, restrição da mobilidade e funcionalidade, dificuldades de cumprir globalmente responsabilidades pessoais e familiares, sobrecarga financeira, entre outros aspectos, devem ser também considerados e é esta área que é denominada como QVRS (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998).

1.3 – Avaliação da qualidade de vida

Devido aos avanços que se realizaram nas ciências biomédicas, nas últimas décadas tem havido um aumento considerável nos diagnósticos e detecção das pessoas com doenças crónicas relacionadas com o estilo de vida e com o envelhecimento das populações. Neste sentido, muitos dos novos tratamentos médicos aumentam a quantidade de anos que vivem as pessoas, descuidando em ocasiões a qualidade dos anos vividos (Martínez-Lanz & Silveyra-León, 2010).

Esta maior prevalência de doenças crónicas, para as quais não existe uma cura total e onde o objectivo do tratamento é atenuar ou eliminar sintomas, evitar complicações e melhorar o bem-estar dos doentes, conduz a que as medidas clássicas de resultados em saúde (como as taxas de mortalidade e morbidade) não sejam suficientes (Schwartzmann, 2003). São necessários métodos mais compreensivos de avaliação, que além de quantificar a presença ou gravidade dos sintomas de uma doença, possam mostrar como as manifestações de uma doença e o seu tratamento são experimentados pelo próprio doente (Garratt, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick, 2002). Neste sentido, a QVRS, como medida, representa uma inovação, salientando a diferença e tendo um papel determinante nos estudos clínicos (Dempster & Donnelly, 2008; Schwartzmann, 2003).

Segundo Hahn e colaboradores (Hahn et al., 2007) a avaliação da QVRS por rotina permite melhorar a prática clínica: 1) auxiliando na detecção de problemas físicos e psicossociais que de outra forma poderiam ser negligenciados; 2) monitorizando a doença e o tratamento; 3) permitindo alterações cronometradas nos planos de tratamento; 4) facilitando a comunicação entre o clínico e o doente (na tomada de

decisão clínica e na satisfação com os tratamentos) e 5) melhorando a prestação de cuidados.

Nos últimos 20 anos, a medida de qualidade de vida vem surgindo no meio científico como instrumento importante para a investigação e a avaliação de pacientes, principalmente em contexto de doença crónica. Desde então, instrumentos de avaliação da QV têm sido desenvolvidos e a sua importância na avaliação de aspectos relacionados com a experiência subjectiva tornou-se reconhecida e vista como uma importante área de conhecimento científico.

Quando tais instrumentos são desenvolvidos em outros países que não o país onde serão aplicados, a adequação do processo de validação (tradução e a adaptação para uso no contexto cultural do país em questão) é tão importante quanto a selecção do instrumento (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1997).

As características ideais dos instrumentos de QVRS incluem a facilidade de auto-administração, ser multidimensional (Franchignoni & Sallaffi, 2003; Guyatt et al., 1993; Teixeira-Salmela, Neto, Magalhães, Lima & Faria, 2009), ter boas propriedades psicométricas em geral (aceitabilidade, fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade) (de Haan et al., 1993; Dempster & Donnelly, 2008; Esteve & Rocca, 1997), ser eficaz para a população a que se destina e basear-se em dados fornecidos pelos próprios indivíduos (Esteve & Rocca, 1997).

Os instrumentos mais comumente utilizados são os questionários sob a forma de auto-aplicação ou de entrevista, parecendo não se encontrar diferenças significativas nos resultados quando se comparam os dois métodos de aplicação, o que já não é verdade quando se compara o caso das respostas dadas pelo doente ou por familiares ou pessoas próximas. Uma vez que os sintomas físicos ou psíquicos e a qualidade de vida são noções subjectivas, a avaliação deve ser baseada em dados fornecidos pelos próprios doentes (Seidl & Zannon, 2004).

1.3.1 – Medidas genéricas versus específicas

Vários são os instrumentos disponíveis para avaliar a QV, sendo aplicados por entrevistadores ou auto-administráveis. De um modo geral, os instrumentos destinados à avaliação da QV podem ser divididos em duas categorias principais: genéricos e

específicos. Cada abordagem apresenta vantagens e desvantagens e a sua escolha depende do objectivo de estudo (de Haan et al., 1993; Guyatt et al., 1993).

Os denominados questionários genéricos, permitem aos investigadores comparar o grau de comprometimento ou sofrimento associado a diferentes entidades nosológicas, bem como, as melhorias em relação a determinado tratamento (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999; Wadden & Phelan, 2002).

Na actualidade a maioria das medidas de avaliação genérica apresenta-se sobre a forma de Perfis de Saúde como *Sickness Impact Profile – SIP 15*, o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey – SF-36* ou o *The Nottingham Health Profile – NHP*. Os Perfis de Saúde são instrumentos que tentam medir todos os aspectos importantes da QVRS, tendo ainda a vantagem, de lidar com uma variedade de áreas de disfuncionalidade e poder ser usado em qualquer população, independentemente da condição subjacente (Carod-Artal & Egido, 2009; Guyatt et al., 1993). Ressalva-se que o SF-36 é dos instrumentos genéricos mais utilizados para medir a QV (de Haan, 2002; Wadden & Phelan, 2002) e um dos instrumentos de maior potencial no campo da QVRS (Díaz-Tapia, Gana, Sobarzo, Jaramillo-Muñoz & Illanes-Díez, 2008)

Outros tipos de instrumentos genéricos são as medidas de utilidade e, neste caso, o resultado é observado numa única pontuação global. Estes instrumentos são úteis para demonstrar se os doentes estão em geral numa situação melhor, mas pelo contrário, não permitem identificar em que domínio a melhoria ou a deterioração ocorreu (Guyatt et al., 1993).

Os instrumentos genéricos, não sendo específicos para qualquer doença, população ou situação em particular, são multidimensionais e têm a vantagem de abordar os domínios que são comuns à vida de qualquer pessoa, afastando qualquer conotação com a sua sintomatologia (Rocha, Queirós, Aguiar, Marques & Horta, 2009) e permitem a comparação dos resultados de QV entre populações de pacientes (de Haan et al., 1993).

No entanto, apresentam desvantagem em avaliar um problema específico de saúde e não são sensíveis a mudanças importantes na QV (Buck et al., 2000).

Por outro lado, e em contraste com os instrumentos genéricos, os instrumentos específicos foram desenvolvidos com ênfase em intervenções específicas ou em determinadas populações (Coons, Rao, Keininger & Hays, 2000; Varni, Burwinkle & Lane, 2005; Wadden & Phelan, 2002). Estes instrumentos podem ser específicos para

uma determinada doença (tais como doença cardíaca ou asma), população de pacientes (como idosos frágeis), função (como sono ou disfunção sexual) ou problema (como a dor) (Guyatt et al., 1993).

As escalas específicas, geralmente, também são multidimensionais e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente seja sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada doença (Leal, 2008; Rocha et al., 2009).

Neste sentido, foram desenvolvidas medidas específicas para vários problemas de saúde (asma, cancro e AVC, entre outras) tendo-se mostrado de grande utilidade e sendo aceites pelos doentes, pois incluem dimensões que são especificamente relevantes para eles.

Estes instrumentos são mais sensíveis perante determinadas situações clínicas e a mudanças na qualidade de vida de problemas específicos de saúde, por sua vez, apresentam desvantagem na comparação de dados entre indivíduos com diferentes patologias e com a população saudável (de Haan et al., 1993; Varni et al., 2005; Wadden & Phelan, 2002).

Existe ainda um terceiro grupo de questionários, que têm como finalidade medir aspectos mais profundos da QVRS (Wadden & Phelan, 2002), que muitas das vezes, não são avaliados pelos questionários de QV. Uma bateria de escalas para medir dimensões particulares ou aspectos de saúde, tais como instrumentos para avaliar funções cognitivas, depressão, actividades da vida diária, ou o funcionamento social (de Hann et al., 1993).

Os investigadores, muitas vezes, procuram a obtenção da informação necessária, não se restringindo ao uso exclusivo de um método de avaliação. O uso progressivo de instrumentos para medir a QVRS, associado a resultados clínicos mais tradicionais em medicina, tem demonstrado grande potencial para melhorar a assistência à saúde, particularmente em pacientes com doenças crónicas (Varni et al., 2005; Hahn et al., 2007). Uma vez, que esta medida permite avaliar as repercussões reais de uma doença sobre o indivíduo (Pinedo et al., 2011).

Neste sentido, a QV tem sido medida por diferentes instrumentos que avaliam uma ampla gama de dimensões projectadas para todo o tipo de pacientes com diferentes patologias (Henao, Pirela, Escobar, Luján & Alonso, 2009).

2 – Acidente Vascular Cerebral e Qualidade de Vida

Há um consenso crescente de que os resultados da QVRS têm particular importância para os serviços de saúde e é uma dimensão chave na avaliação das sequelas do Acidente Vascular Cerebral (Carod-Artal & Egido, 2009; de Haan et al., 1993; Russell et al., 2011).

O AVC é considerado como uma das principais causas de morte na Europa (Hohmann, Radziwill, Klotz, & Jacobs, 2010), e a principal causa de lesões cerebrais adquiridas e incapacitantes, especialmente nos idosos (Hohmann *et al.*, 2010). Deste modo, é conceptualizada como uma doença típica do envelhecimento. No entanto, existem casos de ocorrência desta mesma condição clínica em jovens, ainda que consideravelmente em menor proporção (Cardoso, Fonseca & Costa, 2003). Embora a taxa de mortalidade esteja diminuindo, a prevalência de incapacidade e deficiência está aumentando consideravelmente (Fernández-Concepción et al., 2001; Lin, Fu, Wu & Hsieh, 2010). Aproximadamente 1/3 das vítimas do AVC morrem a médio prazo. Outro 1/3 recupera completamente ou fica com uma deficiência leve. Assim, os restantes 30 ou 40% ficam com deficiências graves ou moderadas, necessitando por isso, de cuidados especializados a longo prazo (Birtane & Tastekin, 2010).

Em Portugal, é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade, dependência funcional, e pela maioria dos óbitos registados (Martins, Ribeiro & Garrett, 2006). Na verdade, Portugal é dos países europeus com maior taxa de incidência e prevalência (Truelsen et al., 2006).

O AVC é uma doença súbita que afecta uma zona localizada do encéfalo, produzindo sintomas e sinais deficitários causados pela perda da função da área afectada (Ferro, 2006), podendo inclusivamente afectar praticamente todas as funções humanas (Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd & Wolfe, 2007). Ao contrário de outras condições incapacitantes, o AVC é repentino, não preparando o indivíduo e a família para lidar com as sequelas dele resultantes (Patel et al., 2007). Dentre as incapacidades, podemos citar os prejuízos das funções motoras, limitação das actividades de vida diária, possível presença de déficits cognitivos e de linguagem, depressão e restrições para o convívio social, podendo assim, influenciar na qualidade de vida (Hopman & Verner, 2003). Todas estas incapacidades e morbilidades implicam graves repercussões na QV do

paciente e dos seus familiares, uma vez que as sequelas são impeditivas de um estilo de vida que até então era habitual (Martins et al., 2006). Isto reduz a QV dos sobreviventes do AVC e quanto maior for a deficiência pior será a QV (Lin et al., 2010).

Vários estudos apontam que muitos dos sobreviventes do AVC experimentam uma redução na QV e, segundo Carod-Artal & Egido (2009) vários são os factores determinantes na QVRS destes pacientes (Tabela 1), como as variáveis demográficas (Brow, McGee, & O'Boyle, 1997) características do AVC (Patel et al., 2007); depressão e ansiedade pós-AVC (Donnellan, Hickey, Hevey & O'Neill, 2010); comprometimento cognitivo (Dhamoon et al., 2010; Patel et al., 2007), estratégias de coping (Brow et al., 1997; Darlington et al., 2007) o suporte social (Brow et al., 1997), entre outras. No entanto, na maior parte dos estudos o factor determinante na diminuição da QVRS a curto e a longo prazo é a situação funcional do paciente (Brow et al., 1997; Carod-Artal & Egido, 2009; Owolabi, 2010).

Além disto, se tivermos ainda em conta que o AVC tem um alto risco de recorrência, o que provoca uma situação de medo e insegurança, compreendemos que estes indivíduos estão sujeitos a uma série de factores que comprometem a QV (Fernández-Concepción et al., 2001). Deste modo, e de acordo com Edwards e colegas (Edwards, Koehoorn, Boyd & Levy, 2010) o AVC tem um impacto duradouro sobre a QV, apesar das melhorias nos resultados clínicos e funcionais nas fases iniciais da recuperação do AVC.

Durante muito tempo a avaliação dos resultados do AVC focalizaram-se na mortalidade, recorrência e incapacidade (Carod-Artal, González-Gutiérrez, Egido-Herrero, & Varela de Seijas, 2007), não dando ênfase aos problemas relacionados à qualidade de vida. Contudo, a avaliação da QVRS no AVC fornece resultados de saúde importantes (Hohmann et al., 2010) ao permitir uma visão holística em relação à recuperação do paciente, especialmente em relação ao grande número de sintomas e prejuízos (Patel et al., 2007) e também permite aos clínicos e cuidadores adoptar estratégias para melhorar a QVRS (Patel et al., 2007).

Tabela 1

Determinantes de QVRS em doentes que sofreram um AVC que poderiam influenciar a adaptação à vida após o AVC

Variáveis demográficas
Idade
Etnia
Sexo Feminino
Estado civil
Educação
Condições médicas
Comorbidades
Associadas a factores de risco vascular: diabetes, doença cardíaca, hipertensão
Dor crónica
Fadiga
Comprometimento neurológico
Subtipos de AVC
Severidade da hemiparesia
Afasia
Hemianopsia
Défices de atenção
Condições físicas específicas ligadas a sequelas do AVC
Problemas de deglutição
Problemas de comunicação provocados pela disartia, disfagia ou disфонia
Espasticidade
Dor no ombro
Bexiga e disfunção sexual
Efeitos colaterais de tratamentos farmacológicos
Estado funcional
Incapacidade
Estado em ambulatório pré-AVC
Dependência nas actividades instrumentais da vida diária
Factores cognitivos e comportamentais
Declínio cognitivo
Demência vascular
Sintomas comportamentais
Factores psicológicos
Perturbações de humor: depressão, ansiedade
Estratégias de coping
Eventos stressantes da vida
Variáveis sociais
Rede social e apoio social
Retorno ao trabalho
Restrições sociais pelo uso crónico de medicamentos (anticoagulantes, anti-epiléticos)
Sobrecarga do cuidador
Carga económica para o paciente e para a família

Fonte: Carod-Artal, F.J., & Egido, J.A. (2009). Quality of Life after Stroke: The Importance of a Good Recovery. *Cerebrovasc Dis*, 27 (suppl 1), p.209

Existem várias áreas de preocupação em que avaliação da QV pode ser útil: (1) para detectar, as consequências do AVC, tais como problemas psicossociais, potencialmente tratáveis (2) para avaliar domínios do AVC que não são totalmente cobertos pela exploração neurológica; (3) para avaliar os resultados do AVC em ensaios clínicos; (4) para avaliar intervenções terapêuticas na prática clínica, e (5) para avaliar intervenções de saúde pública (Carod-Artal & Egido, 2009). No entanto, esta dimensão raramente é avaliada (Patel et al., 2007).

Contudo, desde o ano 2000 que houve um interesse por incluir medidas mais completas na avaliação destes pacientes (Lees, Hankey & Hacke, 2003), no entanto, os instrumentos disponíveis são escassos e, muitas vezes metodologicamente deficientes ou psicométricamente inapropriados (Golomb et al., 2001), não reunindo os requisitos necessários.

A avaliação de QVRS em sobreviventes com AVC deve contemplar a avaliação de pelo menos quatro domínios: físico (ou seja, déficits motores, espasticidade, ataxia, disartria, disfagia, dor, distúrbios do sono e fadiga), funcional (mobilidade, cuidado), mental (humor, cognição, satisfação e auto-percepção) e social (papeis sociais, trabalho), e requer uma avaliação subjectiva feita pelo paciente (Carod-Artal & Egido, 2009).

Parece haver um alto nível de variabilidade nos instrumentos que são utilizados para avaliar a QVRS nos sobreviventes do AVC (Carod-Artal & Egido, 2009). O instrumento genérico, como SF-36 é muito utilizado na avaliação da QVRS nestes doentes, mas no entanto, pode subestimar o efeito do AVC (Lin et al., 2010), uma vez que não cobre todos os domínios que devem ser avaliados (como por exemplo, a linguagem, a concentração, a memória) (Carod-Artal & Egido, 2009). Neste sentido, as medidas específicas para os AVC's são instrumentos mais vantajosos para fornecer informações sobre os efeitos do AVC nos pacientes (Lin et al., 2010). Na literaturas as escalas específicas mais utilizadas são a *Escala do Impacto do AVC na versão 3.0* e (SIS) a *Escala de Qualidade de Vida Específica para o AVC* (SS-QOL) (Carod-Artal & Egido, 2009). No entanto, estas escalas foram desenvolvidas em países anglo-saxónicos que apresentam características socioculturais diferentes do das culturas latinas (Fernández-Concepción et al., 2008).

Pela análise bibliográfica constatamos que até ao presente momento existe apenas um instrumento para a qualidade de vida específico para o AVC para a população portuguesa, validado recentemente (Gonçalves, Gil, Carvalheiro, Costa & Ferreira, 2011). Neste sentido, e de acordo com os instrumentos específicos existentes para avaliação da QV no AVC e tendo em conta os países onde foram desenvolvidos, a validação da *Escala de Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) para a língua portuguesa torna-se de grande relevância.

O instrumento de *Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) foi desenvolvido em Espanha por Fernández- Concepción et al., (2004). De acordo com o autor, esta escala foi criada com o objectivo de resolver as limitações metodológicas e conceptuais para a medição de resultados do AVC e particularmente da qualidade de vida em doentes que sofreram um AVC para os países de língua espanhola, no mesmo sentido, pretendemos validar esta escala para a população portuguesa.

II. Parte prática

2.1- Objectivos

Tal como anteriormente referido, existem poucos instrumentos específicos destinados à avaliação da QV no AVC, validados para a população portuguesa. Neste sentido, o presente estudo tem como objectivo validar a versão Portuguesa da ECVI-38, determinando as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a sua aceitabilidade, a validade constructo e validade de critério.

2.2 – Métodos

2.2.1 – Amostra

Trata-se de um estudo transversal e psicométrico. A amostra foi recolhida na consulta externa do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de São João e no Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, após a aprovação das comissões de ética e obtenção do consentimento informado junto dos participantes.

Foram incluídos no estudo 51 indivíduos com historial de Acidente Vascular Cerebral, com os seguintes critérios: historial de AVC (isquémico ou hemorrágico), com 2 meses a 2 anos de evolução, estado mental e linguagem suficientemente preservada para responder às questões. Foram excluídos do estudo doentes com historial de patologia neuropsiquiátrica, ou de outra condição de saúde que pudesse interferir na QV.

2.2.1.1 – Caracterização da amostra

Na Tabela 2 estão rerepresentados os dados descritivos (demográficos e clínicos) da amostra.

A amostra é constituída por indivíduos de ambos os sexos, embora a maioria seja do sexo masculino (60,8%), com idades compreendidas entre os 29 e os 90 anos ($M=63,53$; $DP=13,60$).

Relativamente ao nível de instrução, constatamos que a amostra apresenta uma média de 5,02 anos de escolaridade ($DP = 3,95$).

Em relação ao estado civil, os participantes são maioritariamente casados, representando um total de 72,5% (n=37), 11,8% são solteiros (n=6), 11,8% são viúvos (n=6) e apenas 3,9% (n=2) são divorciados.

Tabela 2
Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Variável	
Sexo n (%)	
Masculino	31 (60,8)
Feminino	20 (39,2)
Idade ((M ± DP))	63,53 ± 13,60
Anos de Escolaridade M±DP	5,02 ± 3,95
Estado civil n (%)	
Casado	37 (72,5)
Solteiro	6 (11,8)
Viúvo	6 (11,8)
Divorciado	2 (3,9)
Situação profissional actual n (%)	
Com ocupado	5 (9,8)
Sem ocupação	46 (90,2)
Profissão n (%)	
<i>Colarinho Branco</i>	16 (31,4)
<i>Colarinho Azul</i>	35 (68,6)
Tipo de AVC n (%)	
Isquémico	37 (72,5)
Hemorrágico	13 (25,5)
Lateralidade do AVC n (%)	
Hemisfério direito	20 (39,2)
Hemisfério esquerdo	30 (58,8)
Bilateral	1 (2,0)
Localização n (%)	
Cortical	18 (35,3)
Subcortical	21 (41,2)
Corticocortical	10 (19,6)

No que diz respeito à situação profissional actual, apuramos que a maior parte dos indivíduos 90,2% (n=46), neste momento, não mantêm a sua actividade profissional. A maioria dos participantes neste estudo (68, 6%) exercia uma profissão de foro manipulativo (*Colarinho Azul*).

Em relação às características clínicas da amostra verificamos que 72,5% dos AVC são do tipo isquémico (n=37). Relativamente à lateralidade apuramos que os AVC's da amostra são predominantemente esquerdos (58,8%), seguidos dos AVC's do hemisfério direito (39,2%), havendo a registar apenas um AVC bilateral (2%).

Quanto à localização, a maioria da amostra apresenta AVC's com localização subcortical (41,2%; n=21), seguido de AVC's com localização cortical (35,3%; n=18). Por último, surgem os AVC's com uma localização corticosubcortical (19,6%; n=10).

2.2.2 – Instrumentos de Avaliação

Para a determinação das características psicométricas da versão Portuguesa da “*Escala de Calidad de Vida para el Ictus*” (ECVI-38), foram administrados, para além desta, outros instrumentos, frequentemente utilizadas em pacientes com AVC, no sentido de se determinar a validade convergente e a capacidade discriminativa da escala. Para cada instrumento será efectuada uma breve descrição.

2.2.2.1 – Questionário breve estruturado

Um questionário breve foi elaborado para este estudo com o intuito de recolher dados sócio-demográficos dos participantes, tais como: a idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, situação profissional actual; e dados clínicos como: tempo decorrido desde o AVC, tipo de AVC, localização do AVC, lateralidade do AVC e antecedentes neuropsiquiátricos.

O mesmo foi previamente preenchido de forma parcelar, com a informação recolhida nos *dossiers* hospitalares e, posteriormente, completado junto do indivíduo.

2.2.2.2 – Escala de Calidad de vida para el ictus (ECVI-38)

A *Escala de Calidad de vida para el ictus* (ECVI-38) foi desenvolvida em 2004 no *Instituto de Neurología y Neurocirugía* em Cuba, com o propósito de colmatar as

limitações metodológicas e conceptuais existentes nos instrumentos de avaliação da QV no AVC.

A ECVI-38 é uma escala composta por 38 itens agrupados em oito domínios: estado físico (EF), comunicação (CO), cognição (CG), emoções (EM), sentimentos (SE), actividades básicas de vida diária (ABVD), actividades comuns de vida diária (ACVD) e funcionamento sóciofamiliar (FS) e, ainda uma pergunta adicional sobre o estado de saúde em geral.

A escala é preenchida por um entrevistador, a partir dos auto-relatos do doente ou do cuidador. A forma de resposta é uma escala tipo *Lickert* com cinco possibilidades de resposta: “5” representa a pior situação no aspecto avaliado e “1”, representa a ausência de problema. A escala é ainda constituída por três grupos de resposta, um com perguntas relativas a problemas físicos, outro com perguntas sobre problemas emocionais ou sentimentos e outro com um conjunto de questões de actividades da vida diária para qualquer pessoa na sua vida pessoal, familiar e social. Para os domínios EF, CO, CG, ABVD, ACVD e FS, pergunta-se “Quanta dificuldade tem para...?”, com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Extrema; 4, Muita; 3, Bastante; 2, Pouca; 1, Nenhuma. Para o domínio emoções pergunta-se “Como se sente habitualmente em relação ao seu...?”, com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Muito Mal; 4, Mal; 3, Normal; 2, Bem; 1; Muito bem. Para o domínio SE pergunta-se: “Com que frequência sente...?” com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Nunca; 4, Muito pouco tempo; 3, Parte do tempo; 2, Quase sempre; 1, Sempre. A pontuação dos domínios da escala calcula-se segundo a seguinte fórmula:

$$Pontuação = \left(\frac{média-1}{5-1} \right) \times 100$$

Desta maneira, a pontuação de cada domínio está compreendida entre 0 e 100. A pontuação total da escala, obtêm-se pela pontuação média dos domínios. Uma pontuação alta significa pior QV (Fernandez-Concepción et al., 2004, Fernandez-Concepción et al., 2005, Fernandez-Concepción et al., 2008).

2.2.2.3 – Índice de Barthel (IB)

O Índice de Barthel (IB) é uma escala elaborada em 1965 por Mahoney e Barthel e aferida para a população portuguesa (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Esta escala tem sido amplamente usada em doentes com AVC e outras condições neurológicas, com o objectivo de «quantificar» e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das ABVD. O IB mede a capacidade dos doentes realizarem dez actividades básicas da vida diária depois de sofrer um AVC como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambulação, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

A pontuação é atribuída mediante a capacidade do sujeito para realizar estas actividades. Cada uma das actividades é pontuada de 0 a 10 ou a 15. O conjunto da pontuação da escala varia entre 0 e 100. A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. O tempo de aplicação varia entre 5 a 10 minutos (Araújo et al., 2007; Mahoney & Barthel, 1965).

O resultado obtido nesta escala será correlacionado com os domínios “actividades da vida diária” e “funcionamento sóciofamiliar” da ECVI-38.

2.2.2.4 – Escala das Actividades Instrumentais da Vida diária de Lawton e Brody (AIVD)

Para avaliação da funcionalidade instrumental nas AVD utilizar-se-á a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008). Trata-se de uma medida genérica do nível de independência que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparação da medicação e gestão do dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas actividades. Cada item oferece a possibilidade de 2, 3, 4 ou 5 hipóteses de resposta. A pontuação obtida situa-se entre o mínimo de 1 e o máximo de 8. A pontuação máxima de 8 traduz autonomia completa nestas actividades.

Os resultados obtidos nesta escala serão correlacionados com os domínios “funcionamento social” e “funcionamento familiar” da ECVI-38.

2.2.2.5 – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Para a avaliação da sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão) utilizamos a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (Zigmond & Snaith, 1983) na versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., (2007). De salientar que o objectivo deste instrumento não é o de fornecer diagnósticos psiquiátricos, mas antes o de permitir ter em conta estados de ansiedade e depressão (Snaith & Protheroe, 1995).

Trata-se de uma escala de auto-administração constituída por 7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão. Em cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 - Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de *Likert* de 4 pontos. Esta escala é de fácil compreensão e demora entre 5 a 10 minutos a ser preenchida. O ponto de corte é oito, pelo que valores mais altos indicam níveis elevados de ansiedade e depressão respectivamente.

Os resultados obtidos serão correlacionados com os domínios “emoções” e “sentimentos” da ECVI-38.

2.2.2.6 – Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Para avaliação das funções cognitivas utilizamos o “*Montreal Cognitive Assessment*” (Nasreddine et al., 2005; Duro, Simões, Ponciano & Santana, 2010). O MoCA é um teste de rastreio cognitivo de fácil utilização. A sua administração é feita mediante um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos, e por um manual onde são explicitadas as instruções para a administração das provas e definido, de modo objectivo, o sistema de cotação do desempenho nos itens. É uma escala de 30 pontos que inclui a avaliação dos oito domínios cognitivos contemplando diversas tarefas em cada domínio: função executiva, capacidade

visuoespacial, memória, atenção, concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação; através de várias tarefas (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010). Uma pontuação total igual ou superior a 26 é considerada normal.

Os resultados obtidos serão correlacionados com o domínio “cognição” da ECVI-38.

2.2.2.7 – Escala de AVC do NIH (NIHSS)

Para avaliação do estado neurológico de doentes com AVC utilizamos a escala de AVC do *National Institutes of Health* (sigla inglês NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*). Esta escala, desenvolvida pelos institutos de saúde norte-americanos, foi ganhando uma importância crescente e é actualmente uma das mais utilizadas na valorização da severidade neurológica do AVC, na determinação do tratamento mais apropriado e previsão do prognóstico do doente (Castro, Mendonça, Abreu, Carvalho & Azevedo, 2008).

Consiste na avaliação de 11 itens que são comumente afectados pelo AVC: nível de consciência, movimentos oculares horizontais, campos visuais (quadrantes superiores e inferiores), movimentos faciais, função motora dos membros, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, articulação das palavras extinção ou desatenção (Brott et al., 1989). A pontuação, por item varia de 0 a 4 com uma pontuação total de 42 pontos. Tempo de aplicação varia entre 10 a 15 minutos.

O resultado obtido será correlacionado com o domínio “estado físico” da ECVI-38. O resultado obtido na linguagem será correlacionado com o domínio “comunicação” da ECVI-38. Paralelamente, o uso da NIHSS permitiu dividir a amostra em três grupos de afectação neurológica, no sentido de se determinar a capacidade discriminativa da versão portuguesa da ECVI-38.

2.2.3 – Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética do Hospital São João (HSJ) e foi autorizado pelos responsáveis clínicos do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses.

Para a realização deste estudo recorreremos aos registos clínicos efectuados no SAM¹ e dossiers hospitalares² das consultas externas dos Serviços de Medicina Física e Reabilitação dos dois hospitais, de forma a seleccionar os pacientes que preenchiam os critérios inclusão para este estudo.

Após esta selecção, os pacientes foram convidados a participar no estudo. Todos os pacientes foram informados acerca dos objectivos do estudo, bem como do seu funcionamento em regime de voluntariedade, anonimato e confidencialidade. Após a obtenção do seu consentimento informado, passamos para o preenchimento dos instrumentos utilizados.

O procedimento avaliativo decorreu num momento único (aproximadamente 50 minutos) e constou da aplicação dos instrumentos anteriormente referidos (Figura 1).

A recolha da amostra foi levada a cabo entre os meses de Maio a Novembro de 2011.

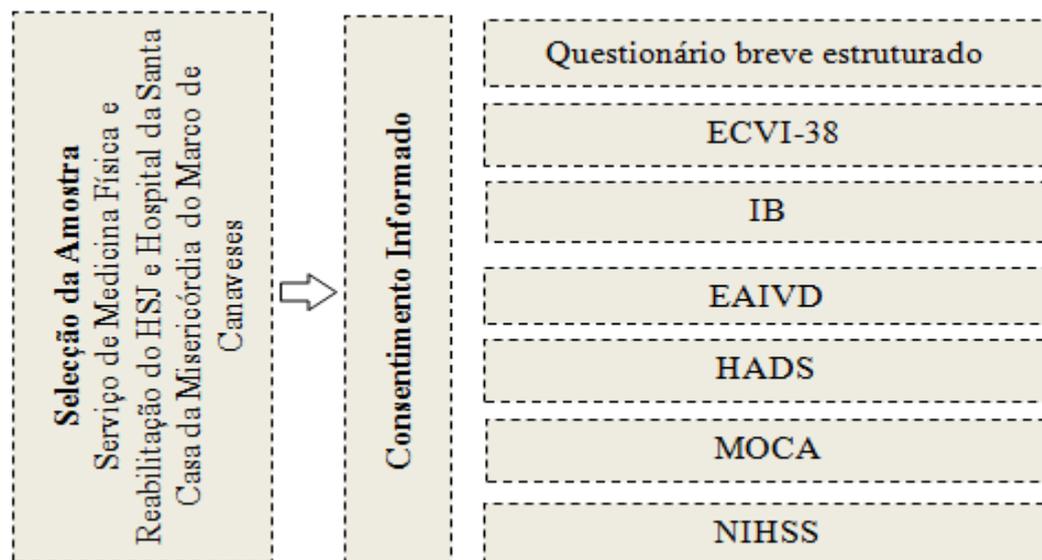


Figura 1. Procedimento de recolha de dados

¹ SAM – Serviço de Apoio ao Médico do Hospital São João – um serviço informatizado que permitia acesso a todos os médicos e técnicos superiores de saúde, permitindo-lhes consultar a sua agenda e o processo clínico do paciente.

² Dossiers Hospitalares no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses

2.2.4 – Análise Estatística

A análise e tratamento estatístico dos dados foram efectuados no programa *Microsoft Office Excel 2007* e *PASW 19.0 para Windows*, no sentido de testar as propriedades psicométricas da ECVI-38 para a população portuguesa. Consideraram-se valores significativos com $p \leq .05$.

2.2.4.1 – Análise psicométrica da ECVI-38

2.2.4.1.1 – Aceitabilidade

A aceitabilidade refere-se à qualidade dos dados. A qualidade dos dados da escala ECVI-38 foi testada através da análise de dados perdidos e através da distribuição das pontuações (efeito piso e efeito tecto).

A análise dos dados perdidos refere-se à proporção de participantes que não completaram pelo menos um item da escala. Para análise de dados considerou-se como critérios de qualidade uma percentagem de dados perdidos abaixo de 10% (Fernandez-Concepción et al., 2005; Hilari, Byng, Lamping & Smith, 2003).

Os efeitos de piso e tecto, são definidos, respectivamente, como a percentagem de participantes que situam as suas respostas nos extremos (máximo e mínimo) da escala. As percentagens de efeito piso e efeito teto foram calculadas para todos os itens e domínios da ECVI-38. Para análise de dados aceitáveis utilizou-se como critério uma percentagem abaixo de 80% (Fernandez-Concepción et al., 2005; Hilari et al., 2003).

2.2.4.1.2 –Validade de Constructo

A validade de construção implica conceptualmente a evidência de que se está medindo uma entidade única. A avaliação da validade de constructo foi efectuada através do cálculo da consistência interna (α de *Cronbach*), das correlações entre os domínios e a pontuação total da ECVI-38 e das correlações interdomínios (testes de correlação de *Pearson*). No sentido de complementar a análise da validade de

constructo da prova, optamos por efectuar uma análise por hipótese, ou seja, o estabelecimento da validade discriminativa do teste. Assim, para avaliar a diferença entre grupos conhecidos utilizamos a comparação da pontuação total da ECVI-38 em três categorias de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS: categoria I, afectação ligeira: NIHSS menor que 5; categoria II, afectação moderada: NIHSS entre 5 e 9; e categoria III, afectação grave: maior ou igual a 10 (Fernandez-Concepción et al., 2005). Esta comparação foi efectuada através do teste de *Jonckheere-Terpstra*.

2.2.4.1.3 – Validade de Critério

A validade de critério, foi estabelecida pela correlação dos diferentes domínios da ECVI-38 com os resultados obtidos em instrumentos de conteúdo similar, através de correlações de *Pearson*.

- EF frente à pontuação total da NIHSS.
- CO frente à pontuação o item melhor linguagem da NIHSS.
- CG frente ao MOCA.
- EM frente à HADS.
- SE frente à HADS.
- Actividades da vida diária frente ao IB.
- Actividades comuns da vida diária frente AIVD.
- Funcionamento sóciofamiliar frente IB e AIVD.

2.2.5 – Resultados

2.2.5.1 – Dados gerais

A descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nas escalas aplicadas, encontram-se representados na Tabela 3. O IB apresenta uma média de 77, 06 com limites de pontuações entre 5 e 100. A AIVD apresenta uma média de 3,59 e limites

entre 0 e 8. O MOCA apresenta uma média de 17,63 e limites entre 4 e 28. A média da HADS total é de 14,90 com pontuações compreendidas entre 0 e 38.

Finalmente a média da NIHSS foi de 4,24, com pontuações compreendidas entre 0 e 16. Relativamente ao grau de afectação neurológica, 33 (64,7%) encontra-se no grau I, 12 (23,5%) no grau II e 6 (11,8%) no grau III.

Tabela 3

Resultados das escalas aplicadas

Escala	n	%	M	DP
IB			77,06	23,54
AIVD			3,59	2,54
HADS total			14,9	8,81
Depressão			7,45	5,38
Ansiedade			7,45	4,73
MOCA			17,63	6,45
NIHSS			4,24	3,84
Grau I	33	64,7		
Grau II	12	23,5		
Grau III	6	11,8		

IB: Índice de Barthel, AIVD: Escala das actividades instrumentais da vida diária; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; MOCA: *Montreal Cognitive Assessment*; NIHSS: Escala de AVC da NIH ; M±DP= média e desvio padrão.

Na Tabela 4 estão representados os dados descritivos da ECVI-38. Destacam-se os domínios *emoções* (M=64,51) e as *actividades comuns da vida diária* (M=55,02) com pontuações médias mais altas.

Tabela 4

Resultados descritivos da ECVI-38 e seus oito domínios

	Pontuação média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança
I. Estado Físico	38,24	27,44	30,52-45,95
II. Comunicação	23,53	26,27	16,14-30,92
III. Cognição	30,72	26,85	23,17-38,27
IV. Emoções	64,51	12,26	61,06-67,96
V. Sentimentos	29,41	22,75	23,01-35,81
VI. Actividades básicas da vida diária	37,87	35,72	27,82-47,91
VII. Actividades comuns da vida diária	55,02	41,5	43,35-66,70
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	39,91	26,16	33,55-47,26
ECVI-38-total	39,9	19,69	34,36-45,44

2.2.5.2 – Dados psicométricos da ECVI-38

2.2.5.2.1 – Aceitabilidade

A ECVI-38 só apresentou um item não preenchido, como se pode observa na Tabela 5. O efeito piso variou entre 0 e 60,8 e o efeito tecto variou de 0 a 43,1%. Nenhum dos itens constituintes da escala apresentou um efeito piso e um efeito tecto superior a 80%.

Tabela 5

Resultados dos aspectos que avaliam a aceitabilidade da ECVI-38

	Dados perdidos (%)	Efeito Piso (%)	Efeito tecto (%)
Ia. Mover as extremidades	1	33,3	9,8
Ib. Utilizar as mãos	0	43,1	11,8
Ic. Caminhar	0	21,6	11,8
Id. Manter o equilíbrio	0	27,5	9,8
Ie. Dor ou dificuldades físicas	0	37,3	5,9
IIa. Falar	0	54,9	0
IIb. Comunicar com outras pessoas	0	56,9	2
IIc. Ler	0	49	11,8
IId. Escrever	0	41,2	15,7
IIIa. Sua concentração	0	39,2	2
IIIb. Sua memória	0	35,3	5,9
IIIc. Sua capacidade mental	0	39,2	7,8
IVa. Estado de ânimo	0	0	15,7
IVb. Vitalidade	0	2	9,8
IVc. Auto-estima	0	3,9	7,8
IVd. Capacidade para manter a calma	0	0	7,8
IVe. Controlo sobre as suas emoções	0	0	7,8
Va. Vontade de viver	0	54,9	15,7
Vb. Confiança no futuro	0	43,1	11,8
Vc. Sensação de ser útil	0	51	5,9
Vd. Sensação de tranquilidade	0	37,3	3,9
Ve. Confiança em si mesmo	0	60,8	3,9
VIa. O seu cuidado pessoal (vestir-se, barbear-se, arranjar-se)	0	45,1	16,9
VIb. Tomar banho	0	41,2	17,6
VIc. Realizar as suas actividades domésticas habituais	0	29,4	29,4

VIId. Movimentar-se livremente dentro de casa	0	52,9	15,7
VIIa. Movimentar-se para lugares distantes de casa	0	35,3	33,3
VIIb. Realizar as suas actividades de ócio, de entretenimento ou recreativas	0	33,3	39,2
VIIc. Participar em actividades fora do meio familiar	0	29,4	39,2
VIId. Participar em actividades na comunidade	0	31,4	39,2
VIIIa. Ter independência económica	0	47,1	5,9
VIIIb. Suportar economicamente a família como antes	0	58,8	3,9
VIIIc. Cumprir o seu papel dentro do lar	0	33,3	27,5
VIId. Elaborar ideias e solucionar problemas quotidianos	0	27,5	15,7
VIIIe. Participar em decisões familiares	0	52,9	17,6
VIIIf. Cumprir o seu papel de esposo ou esposa	0	43,1	7,8
VIIIg. Relações sexuais	0	21,6	41,2
VIIIh. Realizar a sua actividade laboral	0	15,7	43,1

Também os domínios da escala e a pontuação total não apresentaram um efeito piso e um efeito tecto como se pode observar na Tabela 6. O efeito piso variou entre 0 e 25,5% e o efeito tecto variou entre 0 e 23,5%.

Tabela 6

Distribuição das pontuações (efeito piso e efeito tecto) da ECVI-38 e seus domínios

	Efeito Piso (%)	Efeito tecto (%)
I. Estado Físico	5,9	0
II. Comunicação	17,6	0
III. Cognição	23,5	0
IV. Emoções	0	2
V. Sentimentos	11,8	0
VI. Actividades básicas da vida diária	23,5	13,7
VII. Actividades comuns da vida diária	25,5	23,5
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	2	0
ECVI-38-total	0	0

2.2.5.2.2 - Validade de Constructo

O ECVI-38 mostra-se confiável em todos os aspectos avaliados. A escala em geral ($\alpha = 0,94$) apresenta uma consistência interna muito boa. Para os domínios da ECVI-38 as pontuações variam entre 0,70 e 0,97, sendo estes valores de consistência interna satisfatórios. Os α de Cronbach mais baixos foram obtidos para o domínio *emoções* ($\alpha = 0,70$), seguido do domínio *sentimentos* ($\alpha = 0,71$), sendo estes valores de consistência interna considerados razoáveis. Todos os resultados estão presentes na Tabela 7.

Tabela 7

Valores do coeficiente α de Cronbach dos domínios da ECVI-38 e da pontuação total

	Coeficiente de α de Cronbach
I. Estado Físico	0,85
II. Comunicação	0,82
III. Cognição	0,85
IV. Emoções	0,70
V. Sentimentos	0,71
VI. Actividades básicas da vida diária	0,93
VII. Actividades comuns da vida diária	0,97
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	0,85
ECVI-38-total	0,94

Todos os domínios da ECVI-38 têm correlações estatisticamente muito significativas entre as pontuações totais da ECVI-38 e os domínios que a compõem (Tabela 8). O domínio *sentimentos* ($r = 0,31$; $p = 0,026$) é o único que é significativo para um $p \leq 0,05$, todos os outros, são significativos para um $p \leq 0,001$.

Tabela 8

Correlações (r) entre as pontuações totais da ECVI-38 e os domínios que a compõe

Domínio	r	p
I. Estado Físico	0,84	≤.001
II. Comunicação	0,66	≤.001
III. Cognição	0,72	≤.001
IV. Emoções	0,45	≤.001
V. Sentimentos	0,31	≤.026
VI. Actividades básicas da vida diária	0,8	≤.001
VII. Actividades comuns da vida diária	0,85	≤.001
VIII. Funções sócio-familiar	0,83	≤.001

Na Tabela 9, representamos as correlações entre os domínios da ECVI-38. Como mostra a tabela, a maioria das intercorrelações entre as subescalas apresentaram valores estatisticamente significativos, como por exemplo EF com CO, CG, ABVD, ACVD e FS ($p \leq .01$). Por outro lado, não encontramos resultados significativos entre EF com EM e SE, entre CO com os SE, entre CG com os SE, entre EM com ABVD, ACVD, FS e também entre SE com ABVD, ACVD, FS.

Tabela 9

Correlações entre domínios da ECVI-38 (expressos em valores de r)

Domínios	I-EF	II-CO	III-CG	IV-EM	V-SE	VI-ABVD	VII-ACVD	VII-FS
I-EF	1	0,41**	0,48**	0,27	0,12	0,82**	0,70**	0,61**
II-CO		1	0,70**	0,36**	0,12	0,31*	0,46**	0,42**
III- CG			1	0,50**	0,23	0,34*	0,42**	0,50**
IV-EM				1	0,43**	0,1	0,2	0,26
V-SE					1	0,16	0,04	0,25
VI- ABVD						1	0,75**	0,68**
VII.ACVD							1	0,73**
VII- FS								1

Valores expressos como coeficiente de correlação de *Pearson*. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

EF: Estado físico; CO: Comunicação; CO: Cognição; EM: Emoções; SE: Sentimentos
 ABVD: Actividades básicas de vida diária; ACVD: Actividades comuns da vida diária
 FS: Funcionamento sóciofamiliar.

A pontuação média da ECVI-38 para as categorias de afectação neurológica (segundo a NIHSS) está representada na Tabela 10. Os resultados obtidos no teste *Jonckheere-Terpstra* revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diferentes graus de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS no resultado total da ECVI-38 (4,67; $p < .001$).

Tabela 10

Comparação da pontuação total da ECVI-38 com as categorias de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS

	ECVI-38 <i>Mean Rank</i>
I. Ligeira	17,27
II. Moderada	33,92
III. Grave	35

Comparações de médias segundo o *Jonckheere-Terpstra*: I-II: $p = .001$; I-III: $p = .000$; II-III: $p = .049$

2.2.5.2.3 – Validade de Critério

Na Tabela 11, representamos as correlações dos diferentes domínios da ECVI-38 com os resultados obtidos em instrumentos de conteúdo similar. Todos domínios da ECVI-38 e as escalas de avaliação apresentam resultados estatisticamente muito significativos entre si. O domínio *cognição frente ao MOCA* é o que apresenta uma correlação mais baixa, mas significativa ($r = -0,29$; $p \leq .043$).

Tabela 11

Correlação entre domínios da ECVI-38 e uma escala de construção similar

Domínio vs Escala	<i>r</i>	<i>p</i>
Estado Físico frente ao NIHSS	0,62	$\leq .000$
Comunicação frente a linguagem da NIHSS	0,57	$\leq .000$
Cognição frente ao MOCA	-0,29	$\leq .043$
Emoções frente HADS-total	0,6	$\leq .000$
Sentimentos frente HADS-total	0,49	$\leq .000$
Actividades básicas da vida diária frente IB	-0,8	$\leq .000$
Actividades comuns da vida diária frente AIVD	-0,7	$\leq .000$
Funcionamento sóciofamiliar frente ao IB	-0,58	$\leq .000$
Funcionamento sóciofamiliar frente AIVD	-0,7	$\leq .000$

Valores expressos como coeficiente de correlação de Pearson.

2.2.6 – Discussão

A experiência de uma patologia, como o acidente vascular cerebral envolve uma alteração permanente sobre vários aspectos da vida do indivíduo, e uma procura constante de um estado de adaptação das suas funções e bem-estar. A avaliação das sequelas físicas após um AVC, é um elemento fundamental no acompanhamento destes doentes, mas não deve ser o único. O acompanhamento e reabilitação destes doentes, deve atender aos factores psicossociais (Mackenzi & Chang, 2002.) O estado psicológico parece ser tão importante como a deficiência física na alteração da QV destes indivíduos (de Haan et al., 1993).

Os instrumentos comumente utilizados após o AVC, são o índice de Barthel e a escala de Rankin (Carod-Artal & Egido, 2009), que avaliam apenas as sequelas físicas, deixando de parte todas as outras alterações provocadas pelo AVC. Estas medidas descartam as alterações implícitas que o AVC e os seus tratamentos podem ter na qualidade de vida destes indivíduos. Além das deficiências físicas, os domínios cognitivos, emocionais, psicossociais, entre outras, são frequentemente afectadas pelo AVC (Edwards et al., 2010; Golomb et al, 2001; Lin et al., 2010).

Pelas alterações inerentes que o AVC provoca na saúde destes doentes torna-se urgente incluir medidas mais completas na avaliação destes pacientes e que abarquem os vários aspectos da QVRS. A avaliação da QVRS complementa a avaliação externa realizada por médicos e outros profissionais de saúde e, com frequência não coincide com ela (Martínez-Martín, 2006). No entanto, para a maioria dos clínicos a avaliação da QVRS é vista mais como uma arte e não como uma ciência, pelo que raramente usam dados formais da QVRS na sua prática. Esta crença é devida em parte, à falta de treino formal disponível para o seu uso e pela falta de familiaridade na interpretação e potencialidade dos dados. Quando os resultados da QVRS são utilizados sistematicamente, melhoram a comunicação entre o médico-doente na tomada de decisões clínicas e na satisfação dos cuidados prestados (Hahn et al., 2007).

Os instrumentos de QVRS frequentemente utilizados na avaliação dos doentes com AVC, são instrumentos genéricos, que não avaliam questões relevantes para estes grupos de pacientes, como a linguagem, concentração, memória (Carod-Artal & Egido, 2009; Hobart, Williams, Moran & Thompson, 2002). Dada a escassez de instrumentos

específicos para avaliar a qualidade de vida destes doentes, no nosso meio, o presente estudo teve como objectivo determinar as características psicométricas da versão portuguesa da *Escala de Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38).

Para a análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa da ECVI-38, seguimos os métodos de referência para a análise de instrumentos dirigidos à avaliação da qualidade de vida (Duncan et al., 1999; Fernández- Concepción et al., 2005; Hilari et al., 2003). Estes contemplam vários aspectos, no entanto e, ao nível da aceitabilidade consideram que:

- Os dados perdidos devem ser inferiores a 10%
- O efeito de piso e efeito de teto devem ser inferiores a 80%

A versão portuguesa da ECVI-38 revelou uma boa aceitabilidade, com uma percentagem de dados perdido abaixo dos 10% em todos os itens. Estes dados não foram inteiramente verificados no estudo original da prova, onde, os últimos três itens do domínio *Funcionamento sóciofamiliar*, apresentaram perdas de dados superiores a 18% (Fernández- Concepción et al., 2005). De acordo com o autor original, este facto ter-se-á devido a determinadas características da amostra, tais como: a idade dos participantes, percentagem de indivíduos sem conjugue ou companheiro e pela falta de vínculo laboral (Fernández- Concepción et al., 2005).

Paralelamente, a aceitabilidade da versão portuguesa da ECVI-38, sai reforçada pelos efeitos de piso e de tecto registados. Estes mantiveram-se abaixo dos 80% em todos os itens e domínios da escala, e ainda foi mínimo para a pontuação total da ECVI-38. Estes resultados foram muito semelhantes aos obtidos pelos autores originais (Fernández- Concepción et al., 2005; Fernández- Concepción et al., 2008). Os reduzidos efeitos de piso e tecto, atestam a qualidade da prova na diferenciação de um amplo intervalo de afectações, desde muito ligeiras a muito graves. Ao mesmo tempo, parece colmatar uma das principais limitações das medidas mais comumente utilizadas no contexto do AVC, como o IB e a escala de Rankin (Carod-Artal & Egido, 2009; Fernández- Concepción et al., 2004).

No que diz respeito à validade de constructo, a versão portuguesa da ECVI-38, revela propriedades extremamente interessantes. Com uma consistência interna muito boa no total da escala ($\alpha = 0,94$) e com valores nos diferentes domínios, compreendidos

entre o razoável (domínios *Emoções* e *Sentimentos*) e o muito bom (domínios *Actividades Básicas da Vida Diária* e *Actividades Comuns da Vida Diária*). Curiosamente, estes valores de consistência, são muito similares aos da versão original. No estudo pioneiro, Fernández- Concepción e seus colegas, reportam os dois domínios de actividades de vida diária, como sendo os mais consistentes, da mesma forma que apontam o domínio *Sentimentos* como um dos elementos com um valor de alfa mais baixo (Fernández- Concepción et al., 2005).

As correlações obtidas entre os diferentes domínios da ECVI-38 e a pontuação total da escala, foram todas significativas. À semelhança da versão original, os valores obtidos oscilaram entre correlações moderadas (ex: domínio *Sentimentos*) a fortes (ex: domínio *Actividades Comuns da Vida Diária*). A estes dados, acresce ainda o grande número de correlações significativas interitens. No entanto, alguns domínios conceptualmente menos relacionados (ex: domínios *Comunicação* e *Sentimentos*), apresentam baixas correlações. Esta observação, para além de ser concordante com a efectuada no estudo original (Fernández- Concepción et al., 2005), não constitui qualquer surpresa, uma vez que tem sido reportada de forma consistente em estudos desta natureza (Duncan et al., 1999; Hilari et al., 2003).

Ainda no domínio da validade de constructo, a versão portuguesa da ECVI-38 revela uma boa capacidade na discriminação de diferentes estados de afectação neurológica avaliados através da NIHSS. As diferenças entre os grupos de pacientes com afectação neurológica ligeira são mais significativas em comparação com os grupos que têm afectação moderada ou grave. Esta observação é mais uma vez, consistente com a efectuada pelos autores originais (Fernández- Concepción et al., 2005).

Relativamente à validade de critério, constatamos a existência de correlações significativas entre os diferentes domínios da ECVI-38 e instrumentos que avaliam as mesmas áreas funcionais. Mais uma vez, assinalamos a concordância com os estudos da versão original da escala (Fernández- Concepción et al., 2005; Fernández- Concepción et al., 2008).

Comparativamente com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida para o AVC, constatamos que a versão portuguesa da ECVI-38, é o instrumento mais

curto. A SS-QoL, possui 78 itens (Williams et al., 1999) e a SIS 2.0, 64 (Duncan et al., 1999). Contudo, apesar da sua dimensão, a ECVI-38, revela características psicométricas muito semelhantes às das suas congéneres. Os indicadores de aceitabilidade por nós adoptados, são comuns aos dos estudos das duas escalas de maior dimensão, embora, a partir da análise dos trabalhos da SS-QoL e da SIS 2.0, não nos tenhamos apercebido de que os autores tenham apontado uma percentagem de dados perdidos em cada uma das escalas. Apesar das limitações óbvias na dimensão da nossa amostra, a capacidade discriminativa da ECVI-38 foi posta à prova de acordo com três grupos de severidade na afectação neurológica, enquanto que, no estudo da SIS 2.0 apenas foram utilizados dois grupos (ligeiro e moderado) (Duncan et al., 1999) e, no estudo da SS-QoL incluíram apenas pacientes com AVC leves (Williams et al., 1999).

Recentemente, no decurso deste trabalho, surgiu uma versão portuguesa da SIS 2.0 (Gonçalves et al., 2011). No entanto e, apesar de os autores encontrarem similitudes com a versão original da prova, não estabeleceram qualquer critério de aceitabilidade, o valor discriminativo da prova também não parece claro e, correlacionaram os domínios do teste com uma escala genérica, a *Chedoke- McMaster Stroke Assessment*, dificultando a comparação da validade de critério.

Apesar dos bons indicadores psicométricos, apresentados pela versão portuguesa da ECVI-38, estudos adicionais devem contemplar o alargamento do número de participantes, a inclusão de pacientes com AVC mas não referenciados para unidades de medicina física e de reabilitação, assim como, devem determinar a fiabilidade da prova através da análise de reteste.

Em conclusão, a versão portuguesa da ECVI-38 é muito semelhante à versão original, tem propriedades psicométricas adequadas para avaliar um amplo grupo de sintomas e disfunções e detectar alterações significativas na QVRS em sobreviventes do AVC. Neste estudo preliminar, a ECVI-38 apresentou critérios de aceitabilidade, validade de constructo e de critério muito satisfatórios.

2.2.7 – Conclusão

A utilização de uma medida de QVRS permite a combinação de factores objectivos e subjectivos derivados de uma doença, num único instrumento de medição. Esta medida possibilita ainda, aceder a um amplo conjunto de sintomas (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais) específicos de uma determinada doença, como no caso do AVC.

A ECVI-38 é uma escala de qualidade de vida específica para o AVC, que serve precisamente para medir todo o espectro de consequências, provocadas pelo AVC (tanto para o AVC isquémico como para AVC hemorrágico), desde o nível de deficiência até à incapacidade, com base na opinião do paciente.

A versão portuguesa da ECVI-38 é muito semelhante à versão original, sendo um instrumento específico, aceitável e válido para avaliar a QVRS em sobreviventes portugueses do AVC. Neste estudo preliminar, a versão portuguesa da ECVI 38, teve as suas propriedades psicométricas testadas, demonstrando:

- Boa aceitabilidade, medida através da percentagem de dados perdidos e efeitos piso e tecto.

- Validade de constructo considerada adequada, atestada através de uma consistência interna muito boa, correlações significativas entre os domínios e a pontuação total e interitens e ainda, boa capacidade na discriminação de diferentes estados de afectação neurológica.

- Validade de critério considerada adequada, baseada na análise comparativa com outros instrumentos de conteúdo similar.

Em conclusão, a versão portuguesa apresentou critérios de aceitabilidade, validade de constructo e de critério muito satisfatórios. E neste sentido, estamos optimista quanto à sua utilidade na investigação e na prática clínica por rotina. Contudo, são ainda necessárias novas investigações com amostras maiores para testar e confirmar a sua confiabilidade (confiabilidade teste-resteste) e ainda a sua utilidade na prática clínica de rotina.

Bibliografia

- Andresen, E. M., & Meyers, A. R. (2000). Health-related quality of life outcomes measures. *Arch Phys Med Rehabil*, *Suppl 2*, S30-S45.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.
- Araújo F., Ribeiro J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *25*, 2.
- Brajković, L., Godan, A., & Godan, L. (2009). Quality of Life After Stroke in Old Age: Comparison of Persons Living in Nursing Home and Those Living in Their Own Home. *Cmj*, *50*, 182-188.
- Birtane, M., & Tastekin, N.(2010). Quality of Life After Stroke. *Trakya Univ Tip Fak Derg*, *27 Suppl 1*, 63-68.
- Brott, T., Adams, H.P., Olinger, C.P, Marler, J.R., Barsan, W.G., Biller,J., Spilker,J., Holleran,R., Eberle, R. & Hertzberg, V. (1989).Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, *20*,864-870.
- Brow,J.P., McGee, H.M. & O'Boyle, C.A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology & Health*, *12*, 6, 737-751.
- Buck, D., Jacoby, A., Massey, A., & Ford, G. (2000). Evaluation of Measures Used to Assess Quality of Life After Stroke. *Stroke*, *31*, 2004-2010.
- Carod-Artal, F. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Revista de Neurología*, *39 (11)*, 1052-1062.
- Carod-Artal, F.J., & Egido, J.A. (2009). Quality of Life after Stroke: The Importance of a Good Recovery. *Cerebrovasc Dis*, *27 (suppl 1)*, 204–214.
- Carod-Artal, F. J., González-Gutiérrez, J. L., Egido-Herrero, J. A., & Varela de Seijas, E. (2007). Propiedades métricas de la versión española del perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado al ictus (SIP30-AI). *Revista de Neurología*, *45 (11)*, 647-654.
- Cardoso, T., Fonseca, T. & Costa, M. (2003). Acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Acta Médica Portuguesa*, *16*, 239-244.

- Castro, P., Mendonça, T., Abreu, P., Carvalho, M. & Azevedo, E. (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*, 8(1), 67-68
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267-276.
- Coons, S.J., Rao, S., Keininger, D.L., & Hays, R.D.(2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17 (1), 13-35.
- Darlington, A.S., Dippel, D.W., Ribbers, G.M., van Balen, R., Passchier, J. & Busschbach, J.J. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovasc Dis*, 23, 401–407.
- de Haan, R.J. (2002). Measuring Quality of Life After Stroke Using the SF-36. *Stroke*, 33, 1176-1177.
- de Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Hewer, R. L., & van Crevel, H. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327.
- Dempster, M., & Donnelly, M. (2008). Selecting a Measure of Health Related Quality of Life. *Social Work in Health Care*, 32 (1), 45-56.
- Dhamoon, M.S., Moon, Y.P., Paik, M.C., Boden-Albala, B., Rundek, T., Sacco, R.L. & Elkind, M.S.V. (2010). Quality of life declines after first ischemic stroke: The Northern Manhattan Study. *Neurology*, 75, 328–334.
- Díaz-Tapia, V., Gana, J., Sobarzo, M., Jaramillo-Muñoz, A. & Illanes-Díez, S. (2008). Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Revista de Neurología*, 46 (11), 652-655.
- Donnellan, C., Hickey, A., Hevey, D. & O'Neill, D. (2010). Effect of mood symptoms on recovery one year after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25, 1288 – 1295.
- Duncan, P.W., Wallace, D., Lai, S.M., Johnson, D., Embretson, S., Laster, L.J. (1999). The stroke impact scale version 2.0: evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30, 2131-2140.
- Duro, D., Simoes, M., Ponciano, E. & Santana, I. (2010). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *J Neurol*, 257, 728 – 734.

- Edwards, J.D., Koehoorn, M., Boyd, L.A. & Levy, A.R. (2010). Is Health-Related Quality of Life Improving After Stroke? A Comparison of Health Utilities Indices Among Canadians With Stroke Between 1996 and 2005. *Stroke*, 41, 996.
- Esteve, M. E., & Rocca, J. (1997). Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parâmetro a tener en cuenta. *Med. Clin.* , 108, 458-459.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs , Sup*;22(3), 502-508.
- Ferro J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In, Ferro, J. & Pimentel. *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento* Lisboa: Lidel.
- Fernández-Concepción, O., Fiallo-Sánchez, M.C. , Álvarez-González, M.A., Roca, M.A. , Concepción-Rojas, M. & Chávez L. (2001). Calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Revista de Neurología* , 32 (8), 725-731.
- Fernández-Concepción, O., Román-Pastoriza, Y., Álvarez-González, M. A., Verdecia-Fraga, R., Ramírez-Pérez, E., Martínez-González-Quevedo, J., Buergo-Zuaznabar, M. A. (2004). Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Revista de Neurología* , 39 (10), 915-923.
- ernández-Concepción, O., Ramírez-Pérez, E., Álvarez, M. A., & Buergo-Zuaznabar, M. A. (2008). Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *Revista de Neurología* , 46 (3), 147-152.
- Fernández-Concepción, O., Verdecia-Fraga, R., Álvarez-González, M. A., Román-Pastoriza, Y., & Ramírez-Pérez, E. (2005). Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38):evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Revista de Neurología* , 41 (7), 391-398.
- Franchignoni, F., & Sallaffi, F. (2003). Quality of life assessment in rehabilitation medicine. *Europa* , 39(4), 191-198.
- Freitas,S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de Adaptação do *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) para a População Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* , 324, 1417-1419.

- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*, 67, 320–331.
- Golomb, B. A., Vickrey, B. G., & Hays, R. D. (2001). A review of health-related quality-of-life measures in. *Pharmacoeconomics*, 19 (2), 155-185.
- Gonçalves, R.S., Gil, J.N., Cavalheiro, L.M., Costa, R.D. & Ferreira, P.L. (2011). Reliability and validity of the Portuguese version of the Stroke Impact Scale 2.0 (SIS 2.0). *Quality of Life Research*, Jul.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hahn, E. A., Cella, D., Chassany, O., Fairclough, D.L., Wong, G.Y., Hays, R. D., & Clinical Significance Consensus Meeting Group (2007). Precision of Health-Related Quality-of-Life Data Compared With Other Clinical Measures. *Mayo Clin Proc.*, 82(10), 1244-1254.
- Henao, A.S., Pirela, C.T, Escobar, A.A., Luján, M.L., Alonso P., L.M. (2008). Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 25 (1), 73-79.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*, 6 (3), 237-247.
- Hilari, K., & Smith, S. C. (2009). Psychometric properties of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39) in a generic stroke population. *Clinical Rehabilitation*, 23, 544–557.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, 34, 1944-1950.
- Hobart, J. M., Williams, L.S., Moran, K. & Thompson, A. J.(2002). Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. *Stroke*, 33, 1348-1356.
- Hohmann, C., Radziwill, R., Klotz, J.M. & Jacobs, A.H. (2010). Health-Related Quality of Life after Ischemic Stroke: The Impact of Pharmaceutical Interventions on Drug Therapy (Pharmaceutical Care Concept). *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 59.
- Hopman, W. M., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 34 (3), 801-805.
- Jonkman, E. J., Weerd, A. W., & Vrijens, N. (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, 169-175.

- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (3), 179-86.
- Leal, C.S. (2008). Reavaliar o conceito de Qualidade de Vida. Universidade dos Açores. Disponível em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/carla%20leal.pdf>.
- Lees, K. R., Hankey, G. J. & Hacke, W. (2003). Design of future acute-stroke treatment trials. *Lancet Neurology*, 2, 54-61.
- LeVasseur, S. A., Green, S., & Talman, P. (2005). The SEIQoL-DW is a valid method for measuring individual quality of life in stroke survivors attending a secondary prevention clinic. *Quality of Life Research*, 14, 779-788.
- Lin K., Fu T., Wu C. Hsieh Y., Chen, C. & Lee P. (2010). Psychometric comparisons of the Stroke Impact Scale 3.0 and Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Qual Life Res*, 19, 435-443.
- Mackenzie, A.E. & Chang, A.M. (2002) Predictors of quality of life following stroke. *Disability and rehabilitation*, 24 (5), 259-265.
- Martínez-Lanz, P., & Silveyra-León, G. (2010). Elaboración y Validación de una Escala de Calidad de Vida para pacientes con cardiopatía. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5, 102-112.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Martínez-Martín, P. (1998). An introduction to the concept of “quality of life in Parkinson’s disease”. *J Neuro*, 245 [Suppl 1], S2-S6.
- Martínez-Martín, P. (2006). Repercusiones sobre la calidad de vida del deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 43 (3), 168-172.
- Martins, T, Ribeiro, J. & Garrett, C. (2006). Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Revista de Neurología*, 42 (11), 655-659.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of live measurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-547.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment,

MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.

Niemi, M. L., Laaksonen, R., Kotila, M., & Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19, 1101-1107.

Owolabi, M.O (2010). What Are the Consistent Predictors of Generic and Specific Post-Stroke Health-Related Quality of Life? *Cerebrovasc Dis*, 29, 105–110.

Pais Ribeiro, J. (2009). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus & C. Nunes (Coords.). Bem-Estar e Qualidade de Vida, (pp.31-49). Alcochete: Textiverso. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/17785>.

Pais-Ribeiro, J. & Silva, I. & Ferreira, T. & Martins, A. & Meneses, R. & Baltar, M (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.

Patel, M. D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A.G. & Wolfe, C.D. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age Ageing*, 36, 316-22.

Panagiotakos, D. B., & Yfantopoulos, J.(2011). Methodological Issues in the Quantitative Assessment of Quality of Life. *Angiology*, 62 (7), 517-519.

Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Theoretical foundations for health-related quality of life. In Patrick, D. L. (Eds.), *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York: Oxford University Press.

Patrick, D. L., Starks, H. E., Cain, K. C., Uhlmann, R. F., & Pearlman, R. A. (1994). Measuring Preferences for Health States Worse than Death. *Med Decis Making*, 14, 9-18.

Pinedo, F.C., Hernández Pérez, J.M., Zurdo, M., Rodríguez Fúnez, B., García Fernández, C., Cueli Rincón, B., Hernández Bayo, J.M., Parra, M.B. & Rodríguez Manchón, V. (2011). Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral. *Neurología*, doi:10.1016/j.nrl.2011.04.004.

Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., Marques, A. & Horta, M.P. (2009). Relação entre Neurocognição e qualidade de Vida em pessoas com Esquizofrenia. *Acta Medica Portuguesa*, 22,71-82.

Russell, M., Dempster, M., & Donnelly, M. (2011). Measuring Health-Related Quality of Life After Stroke: A Brief Tool. *Applied Research Quality Life*, 6, 41-51.

Schalock, R. & Verdugo, M.(2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 2, 9-21.
- Snaith, R.P. & Protheroe, D.N. (1995). The hospital anxiety and depression scale. *Hospital Update*, 240-242.
- Seidl, E.M.F. & Zannon, C. M. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Soto, M. & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 505-514.
- Truelsen, T., Piechowski-Jozwiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J., & Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data. *European Journal of Paediatric Neurology*, 13, 581-598.
- Teixeira-Salmela, L.F., Neto, M.G., Magalhães, L.C., Lima, R.C., & Faria, C.M. (2009). Content comparisons of stroke-specific quality of life based upon the international classification of functioning, disability, and health. *Qual Life Res*, 18, 765-773.
- The WHOQOL Group, (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med*, 41(10), 1403-1409.
- Varni, J.W., Burwinkle, T.M., & Lane, M.M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health Qual Life Outcomes*, 3 (34), 1-9.
- Wadden, T. A., & Phelan, S. (2002). Assessment of Quality of Life in Obese Individuals. *Obesity Research*, 10 Suppl. 1, 50S-57S.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke specific quality of life scale. *Stroke*, 30 (7), 1362-9.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4), 355-363.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 7, 361-37.

Anexos

Escala de Qualidade de Vida para o AVC (ECVI-38)

O objectivo deste questionário é avaliar como o acidente vascular cerebral que sofreu, teve impacto na sua saúde e na sua vida. Queremos saber a partir do SEU PONTO DE VISTA como esta doença o afectou. Faremos algumas perguntas acerca dos problemas causados pela doença e da forma que afectou a sua qualidade de vida.

I. De seguida faremos um grupo de perguntas relativas a problemas físicos que podem surgir em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral.

1. Quanta dificuldade tem para ou com..?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. Mover as extremidades	5	4	3	2	1
b. Utilizar as mãos	5	4	3	2	1
c. Caminhar	5	4	3	2	1
d. Manter o equilíbrio	5	4	3	2	1
e. Dor ou dificuldades físicas	5	4	3	2	1

2. Quanta dificuldade tem para...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. Falar	5	4	3	2	1
b. Comunicar com outras pessoas	5	4	3	2	1
c. Ler	5	4	3	2	1
d. Escrever	5	4	3	2	1

3. Quanta dificuldade tem na...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. Sua concentração	5	4	3	2	1
b. Sua memória	5	4	3	2	1
c. Sua capacidade mental	5	4	3	2	1

II. De seguida faremos um grupo de perguntas sobre problemas emocionais ou sentimentos que podem ser vividos por pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. Você responderá como se sente.

4. Como se sente habitualmente em relação ao seu...?	Muito Mal	Mal	Normal	Bem	Muito Bem
a. Estado de ânimo	5	4	3	2	1
b. Vitalidade	5	4	3	2	1
c. Auto-estima	5	4	3	2	1
d. Capacidade para manter a calma	5	4	3	2	1
e. Controlo sobre as suas emoções	5	4	3	2	1

5. Com que frequência sente...?	Nunca	Muito pouco tempo	Parte do tempo	Muito tempo	Sempre
a. Vontade de viver	5	4	3	2	1
b. Confiança no futuro	5	4	3	2	1
c. Sensação de ser útil	5	4	3	2	1
d. Sensação de tranquilidade	5	4	3	2	1
e. Confiança em si mesmo	5	4	3	2	1

Versão Experimental, traduzida por Susana Silva e Bruno Peixoto (Neuropsicologia Clínica, CESPU, crl) com autorização do autor da versão original Dr. Otmán Fernández (Instituto de Neurología y Neurocirugía de Habana).

III. Seguidamente descreveremos um conjunto de actividades da vida quotidiana para qualquer pessoa na sua vida pessoal, familiar e social. Você responderá se tem alguma dificuldade em realizar as actividades que se seguem.

6. Quanta dificuldade tem para...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. O seu cuidado pessoal (vestir-se, barbear-se, arranjar-se)	5	4	3	2	1
b. Tomar banho	5	4	3	2	1
c. Realizar as suas actividades domésticas habituais	5	4	3	2	1
d. Movimentar-se livremente dentro de casa	5	4	3	2	1

7. Quanta dificuldade tem para...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. Movimentar-se para lugares distantes de casa	5	4	3	2	1
b. Realizar as suas actividades de ócio, de entretenimento ou recreativas	5	4	3	2	1
c. Participar em actividades fora do meio familiar	5	4	3	2	1
d. Participar em actividades na comunidade	5	4	3	2	1

8. Quanta dificuldade tem para...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
a. Ter independência económica	5	4	3	2	1
b. Suportar economicamente a família como antes	5	4	3	2	1
c. Cumprir o seu papel dentro do lar					
d. Elaborar ideias e solucionar problemas quotidianos	5	4	3	2	1
e. Participar em decisões familiares	5	4	3	2	1

8. Quanta dificuldade tem para...?	Extrema	Muita	Bastante	Pouca	Nenhuma
f. Cumprir o seu papel de esposo ou esposa	5	4	3	2	1
g. Relações sexuais	5	4	3	2	1
h. Realizar a sua actividade laboral	5	4	3	2	1

Finalmente interessa-nos saber quanto recuperou da sua doença

Estado de Saúde Geral	Nada	Pouco	Bastante	Muito	Totalmente
Em que grau recuperou da sua doença?	5	4	3	2	1

Versão Experimental, traduzida por Susana Silva e Bruno Peixoto (Neuropsicologia Clínica, CESPU, crl) com autorização do autor da versão original Dr. Otmán Fernández (Instituto de Neurología y Neurocirugía de Habana).

NEURO 2012
10 a 12 de Maio de 2012



RESUMO PARA AVALIAÇÃO E REVISÃO
(Submissão até 29 de Fevereiro de 2012)

Título do Trabalho *(Não deverá ter iniciais ou siglas, nem exceder 20 palavras)*
CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (ECVI-38).

Nomes e Apelidos dos Autores *(nome próprio e apelido de todos os autores; sem iniciais ou títulos académicos)*
Susana Silva & Bruno Peixoto

Afilições de cada Autor *(designação da instituição sem siglas, cidade; a correlação entre autores e instituições deve fazer-se através de algarismos, sem parêntesis, com efeito superior à linha)*

⁽¹⁾ Mestranda de Neuropsicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde -Norte

⁽²⁾ Departamento de Ciências do Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte: Gandra

Endereço Postal do Autor Correspondente *(pessoal ou institucional, podendo ser publicado)*

Bruno Peixoto
R. Central de Gandra, 1317
4585-116 GANDRA

Endereço(s) de email do(s) auto(es) *(pessoal ou institucional, podendo ser publicado)*

susanasilva.3@hotmail.com
bruno.peixoto@iscsn.cespu.pt/ peixotopsi@hotmail.com

Dois contactos telefónicos com respectiva identificação *(um dos contactos deverá ser um número de telemóvel)*

962501501- B Peixoto
913438884- S Silva

Seleccione o **Tipo de Apresentação**: Comunicação Cartaz (Poster)
 Comunicação Oral

Seleccione a **Área Temática** principal do trabalho para a **Comunicação Cartaz ou Comunicação Oral** *(indicar apenas uma área)*

Ataxias

Cefaleias

Neurociências

AREA RESERVADA A CODIFICAÇÃO PELA SPN

Data recepção:

ID:

Campo Grande, 380, Lote 3C(K), Esc. E, Piso 0
1700-097 Lisboa, Portugal

Telf/ Fax. .218205854 | Tm: 938149887
email: spn.res@spneurologia.org

NEURO 2012

10 a 12 de Maio de 2012



**RESUMO PARA AVALIAÇÃO E REVISÃO
(Submissão até 29 de Fevereiro de 2012)**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cognição / Demência | <input type="checkbox"/> D. Desmielinizantes | <input type="checkbox"/> D. Movimento |
| <input type="checkbox"/> D. Infecciosas | <input type="checkbox"/> D. Metabólicas | <input type="checkbox"/> Genética |
| <input checked="" type="checkbox"/> D. Vasculares | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Neuropatologia |
| <input type="checkbox"/> Neurofisiologia | <input type="checkbox"/> Neuromusculares | <input type="checkbox"/> Neuro Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Neuropediatria | <input type="checkbox"/> Patologia do Sono | |

AREA RESERVADA A CODIFICAÇÃO PELA SPN

Data recepção:

ID:

Campo Grande, 380, Lote 3C(K), Esc. E, Piso 0
1700-097 Lisboa, Portugal

Telf/ Fax. .218205854 | Tm: 938149887
email: spn.res@spneurologia.org

RESUMO PARA AVALIAÇÃO E REVISÃO
(Submissão até 29 de Fevereiro de 2012)

Título do Trabalho (*Não deverá ter iniciais ou siglas, nem exceder 20 palavras*)

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (ECVI-38).

Insira o **Resumo** Estruturado conforme regulamento, limite **300 palavras** (*Estrutura mínima obrigatória - Originais: Introdução, Objectivos, Metodologia, Resultados e Conclusões; Casos clínicos: Introdução, Caso Clínico e Conclusões*)

INTRODUÇÃO- Actualmente assume-se que a qualidade de vida (QV) tem particular importância para os serviços de saúde e é uma dimensão chave na avaliação das sequelas do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Contudo, são escassos os instrumentos disponíveis para a população portuguesa.

OBJECTIVO- Objectivo do presente trabalho é a determinação das propriedades psicométricas escala de Qualidade de Vida no AVC (ECVI-38), tais como: a aceitabilidade, a validade de constructo e a validade de critério.

MÉTODOS- A amostra foi composta por 51 indivíduos com historial de AVC (2 meses a 2 anos de evolução), provenientes da consulta externa de duas instituições de saúde. Foram excluídos do estudo doentes com historial de patologia neuropsiquiátrica, ou de outra condição de saúde que pudesse interferir na QV. Paralelamente á aplicação da ECVI-38, foram aplicadas as seguintes provas: Índice de *Barthel*; Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de *Lawton e Brody*; *Hospital Anxiety and Depression Scale*; *Montreal Cognitive Assessment*; *National Institutes of Health Stroke Scale*.

RESULTADOS- A perda de dados nos diferentes itens situou-se abaixo dos 10% e os efeitos de piso e de teto abaixo dos 80%. O alfa de Cronbach para o total da escala foi de 0,94 e os valores para os oito domínios estiveram compreendidos entre 0,7 e 0,97. Obtiveram-se correlações significativas entre os oito domínios e o total da ECVI-38. Os resultados obtidos na escala permitiram distinguir de forma significativa os indivíduos de acordo com o grau de afectação neurológica. Todos os domínios da ECVI-38, apresentam correlações significativas com instrumentos de conteúdo similar.

AREA RESERVADA A CODIFICAÇÃO PELA SPN

Data recepção:

ID:

NEURO 2012
10 a 12 de Maio de 2012



RESUMO PARA AVALIAÇÃO E REVISÃO
(Submissão até 29 de Fevereiro de 2012)

CONCLUSÕES- A versão Portuguesa da ECVI-38, apresenta boas características psicométricas, nomeadamente boa aceitabilidade, boa validade de constructo e de critério. Resta determinar a fiabilidade.

AREA RESERVADA A CODIFICAÇÃO PELA SPN

Data recepção:

ID:

Campo Grande, 380, Lote 3C(K), Esc. E, Piso 0
1700-097 Lisboa, Portugal

Telf/ Fax. .218205854 | Tm: 938149887
email: spn.res@spneurologia.org

Artigo

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DA ECVI-38

Características Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Qualidade de Vida para o
Acidente Vascular Cerebral (ECVI-38)

Susana P. M. Silva e Bruno Peixoto

UnIPSa-CICS, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU, Portugal

Resumo

Actualmente assume-se que a qualidade de vida (QV) tem particular importância para os serviços de saúde e é uma dimensão chave na avaliação das sequelas do Acidente vascular Cerebral (AVC). Contudo, são escassos os instrumentos disponíveis para a população portuguesa. O objectivo do presente trabalho é a determinação das propriedades psicométricas da escala de Qualidade de Vida no AVC (ECVI-38), tais como: a aceitabilidade, a validade de constructo e a validade de critério. A amostra foi composta por 51 indivíduos com historial de AVC (2 meses a 2 anos de evolução), provenientes da consulta externa de duas instituições de saúde. Foram excluídos do estudo doentes com historial de patologia neuropsiquiátrica, ou de outra condição de saúde que pudesse interferir na QV. Paralelamente à aplicação da ECVI-38 foram aplicadas as seguintes provas: *Índice de Barthel*; Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de *Lawton e Brody*; *Hospital Anxiety and Depression Scale*; *Montreal Cognitive Assessment*; *National Institute of Health Stroke Scale*. A perda de dados nos diferentes itens situou-se abaixo dos 10% e os efeitos piso e tecto abaixo dos 80%. O alfa de Cronbach para o total da escala foi de 0,94 e os valores para os oito domínios estiveram compreendidos entre 0,7 e 0,97. Obtiveram-se correlações significativas entre os oito domínios e o total da ECVI-38. Os resultados obtidos na escala permitem distinguir de forma significativa os indivíduos de acordo com o grau de afectação neurológica. Todos os domínios da ECVI-38, apresentam correlações significativas com instrumentos de conteúdo similar. A versão portuguesa da ECVI-38, apresenta boas características psicométricas, nomeadamente boa aceitabilidade, boa validade de constructo e critério. Resta determinar a fiabilidade.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de Vida, Validação

A Qualidade de Vida (QV) é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, expressando conhecimentos, experiências e valores, individuais e colectivos. Não existe consenso relativamente a este tema, no entanto, a maioria das definições comportam factores comuns e ideias centrais como os sentimentos gerais de bem-estar, os sentimentos de implicação social positiva, oportunidades para desenvolver o potencial pessoal, ter controlo pessoal, e uma auto-imagem positiva (Schalock & Verdugo, 2003).

A QV foi definida por um Grupo de estudos da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1995, p.1405). Por outro lado, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um constructo multidimensional que se refere às percepções do indivíduo sobre o impacto da doença e do tratamento do ponto de vista físico, funcional, psicológico e social (Franchignoni & Sallaffi, 2003; Golomb, Vickrey, & Hays, 2001; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

Devido aos avanços que se realizaram nas ciências biomédicas, nas últimas décadas tem havido um aumento considerável nos diagnósticos e detecção das pessoas com doenças crónicas relacionadas com o estilo de vida e com o envelhecimento das populações. Neste sentido, nos últimos 20 anos, a medida da QVRS vem surgindo no meio científico como instrumento importante para a investigação e a avaliação de diversas patologias. Há um consenso crescente de que os resultados da QVRS têm particular importância para os serviços de saúde e é uma dimensão chave na avaliação das sequelas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Carod-Artal & Egido, 2009; de Haan et al., 1993; Russell et al., 2011). O AVC é considerado como uma das principais causas de morte na Europa (Hohmann, Radziwill, Klotz, & Jacobs, 2010), e a principal causa de lesões cerebrais adquiridas e incapacitantes, especialmente nos idosos (Hohmann et al., 2010). Portugal é dos países europeus com maior

taxa de incidência e prevalência (Truelsen et al., 2006). O AVC pode ter um efeito profundo sobre vários aspectos da vida individual, incluindo aspectos físicos, comportamentais, cognitivos, emocionais e sociais; e estes, por sua vez podem ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida QV do indivíduo (LeVasseur, Green, & Talman, 2005).

Durante muito tempo a avaliação dos resultados do AVC focalizaram-se na mortalidade, recorrência e incapacidade (Carod-Artal, González-Gutiérrez, Egido-Herrero, & Varela de Seijas, 2007), não dando ênfase aos problemas relacionados à QV. Contudo, a avaliação da QVRS no AVC fornece resultados de saúde importantes (Hohmann et al., 2010) ao permitir uma visão holística em relação à recuperação do paciente, especialmente em relação ao grande número de sintomas e prejuízos e também permite aos clínicos e cuidadores adoptar estratégias para melhorar a QVRS (Patel et al., 2007).

Parece haver um alto nível de variabilidade nos instrumentos que são utilizados para avaliar a QVRS nos sobreviventes do AVC (Carod-Artal & Egido, 2009). O instrumento genérico, como *Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey* (SF-36) é muito utilizado na avaliação da QVRS nestes doentes, mas no entanto, pode subestimar o efeito do AVC (Lin et al., 2010), uma vez que não cobre todos os domínios que devem ser avaliados (como por exemplo, a linguagem, a concentração, a memória) (Carod-Artal & Egido, 2009). Neste sentido, as medidas específicas para os AVC's são instrumentos mais vantajosos para fornecer informações sobre os efeitos do AVC nos pacientes (Lin et al., 2010). Na literatura as escalas específicas mais utilizadas são a Escala do Impacto do AVC na versão 3.0 e (SIS) e a Escala de Qualidade de Vida Específica para o AVC (SS-QOL) (Carod-Artal & Egido, 2009). No entanto, estas escalas foram desenvolvidas em países anglo-saxónicos que apresentam características socioculturais diferentes do das culturas latinas e a sua maioria não reúne os requisitos de validade necessários (Fernández-Concepción, Verdecia-Fraga, Álvarez-González, Román-Pastoriza, & Ramírez-Pérez, 2005; Fernández-Concepción,

Ramírez-Pérez, Álvarez, & Buergo-Zuáznabar, 2008). Neste contexto, surge a *Escala de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38) (Fernández-Concepción, et al., 2004; Fernández-Concepción et al., 2005; Fernández-Concepción et al., 2008). Quando tais instrumentos são desenvolvidos em outros países que não o país onde serão aplicados, a adequação do processo de validação (tradução e a adaptação para uso no contexto cultural do país em questão) é tão importante quanto a selecção do instrumento (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1997).

Este estudo prévio tem como objectivo validar a versão Portuguesa da ECVI-38, determinando as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a sua aceitabilidade, validade de constructo e validade de critério.

Método

Participantes

A amostra foi recolhida entre os meses de Maio a Novembro de 2011. Os participantes foram recrutados nas consultas externas dos serviços de Medicina Física e Reabilitação: Hospital de São João e do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses. Foram incluídos no estudo 51 indivíduos com historial AVC (isquémico ou hemorrágico), com 2 meses a 2 anos de evolução, estado mental e linguagem suficientemente preservada para responder às questões. Foram excluídos doentes com historial de patologia neuropsiquiátrica, ou de outra condição de saúde que pudesse interferir na QV. Na Tabela 1 estão rerepresentados os dados descritivos (demográficos e clínicos) da amostra.

Materiais

A ECVI-38 (Fernández-Concepción et al., 2004) é uma escala composta por 38 itens agrupados em oito domínios: estado físico (EF), comunicação (CO), cognição (CG), emoções (EM), sentimentos (SE), actividades básicas de vida diária (ABVD), actividades comuns de

vida diária (ACVD) e funcionamento sóciofamiliar (FS) e, ainda uma pergunta adicional sobre o estado de saúde em geral. A forma de resposta é uma escala tipo *Lickert* com cinco possibilidades de resposta: “5” representa a pior situação no aspecto avaliado e “1”, representa a ausência de problema. A escala é ainda constituída por três grupos de resposta. Para os domínios EF, CO, CG, ABVD, ACVD e FS, pergunta-se “Quanta dificuldade tem para...?”, com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Extrema; 4, Muita; 3, Bastante; 2, Pouca; 1, Nenhuma. Para o domínio EM pergunta-se “Como se sente habitualmente em relação ao seu...?”, com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Muito Mal; 4, Mal; 3, Normal; 2, Bem; 1, Muito bem. Para o domínio SE pergunta-se: “Com que frequência sente...?” com as seguintes possibilidades de resposta: 5, Nunca; 4, Muito pouco tempo; 3, Parte do tempo; 2, Quase sempre; 1, Sempre. A pontuação dos domínios da escala calcula-se segundo a seguinte formula: “Pontuação = (média – 1) × 100 / 5 – 1”. Desta maneira, a pontuação de cada domínio está compreendida entre 0 e 100. A pontuação total da escala, obtêm-se pela pontuação média dos domínios. Foi utilizada a versão traduzida para português.

Para avaliar a validade de critério da ECVI-38, aplicaram-se um conjunto de escalas, frequentemente utilizadas em pacientes com AVC. Para a avaliar a in)dependência dos indivíduos e a funcionalidade instrumental nas AVD utilizamos *Índice de Barthel* (IB) e Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de *Lawton e Brody* (AIVD). Para a sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão) utilizamos a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Para avaliação das funções cognitivas utilizamos o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) e para o estado neurológico utilizamos *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS).

Utilizamos ainda, um questionário breve elaborado para este estudo com o intuito de recolher dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes.

Desenho e Procedimento

Trata-se de um estudo transversal e psicométrico. Após a aprovação e a selecção da amostra, todos os pacientes foram convidados a participar no estudo. Após a obtenção do seu consentimento informado, passamos para o preenchimento dos instrumentos utilizados.

Análise psicométrica

A aceitabilidade refere-se à qualidade dos dados. Esta avalia-se através da análise de dados perdidos e da distribuição das pontuações (efeito piso e efeito teto). Adoptou-se os seguintes critérios (Fernandez- Concepción et al., 2005; Hilari, Byng, Lamping & Smith, 2003):

- Percentagem de dados perdidos inferiores a 10%;
- Efeito piso e efeito teto inferiores a 80%.

A avaliação da validade de constructo foi efectuada através do cálculo da consistência interna (α de *Cronbach*), das correlações entre os domínios e a pontuação total da ECVI-38 e das correlações interdomínios (testes de correlação de *Pearson*). Consideraram-se satisfatórios valores de alfa iguais ou superiores a 0,70. No sentido de complementar a análise da validade de constructo da prova, optamos por efectuar uma análise por hipótese, ou seja, o estabelecimento da validade discriminativa do teste. Assim, para avaliar a diferença entre grupos conhecidos utilizamos a comparação da pontuação total da ECVI-38 em três categorias de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS: categoria I, afectação ligeira: NIHSS menor que 5; categoria II, afectação moderada: NIHSS entre 5 e 9; e categoria III, afectação grave: maior ou igual a 10. Esta comparação foi efectuada através do teste de *Jonckheere-Terpstra*.

A validade de critério, foi estabelecida pela correlação dos diferentes domínios da ECVI-38 com os resultados obtidos em instrumentos de conteúdo similar, através de correlações de *Pearson*.

- EF frente à pontuação total da NIHSS.
- CO frente à pontuação o item melhor linguagem da NIHSS.
- CG frente ao MOCA.
- EM frente à HADS.
- SE frente à HADS.
- Actividades da vida diária frente ao IB.
- Actividades comuns da vida diária frente AIVD.
- Funcionamento sóciofamiliar frente IB e AIVD.

Resultados

Resultados das escalas

A descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nas escalas aplicadas, encontram-se representados na Tabela 2. O IB apresenta uma média de 77,06 com limites de pontuações entre 5 e 100. A AIVD apresenta uma média de 3,59 e limites entre 0 e 8. O MOCA apresenta uma média de 17,63 e limites entre 4 e 28. A média da HADS total é de 14,90 com pontuações compreendidas entre 0 e 38. Finalmente a média da NIHSS foi de 4,24, com pontuações compreendidas entre 0 e 16. Relativamente ao grau de afectação neurológica, 33 (64,7%) encontra-se no grau I, 12 (23,5%) no grau II e 6 (11,8%) no grau III. Na Tabela 3 estão representados os dados descritivos da ECVI-38. Destacam-se os domínios EM ($M=64,51$) e as ACVD ($M=55,02$) com pontuações médias mais altas.

Dados psicométricos da ECVI-38

Aceitabilidade

A ECVI-38 só apresentou um item não preenchido, como se pode observar na Tabela 4. Nenhum dos itens constituintes da escala apresentou um efeito piso e um efeito teto superior a 80% (Tabela 4). Como verificamos na Tabela 5, também os domínios da escala e a pontuação total não apresentaram um efeito piso e um efeito teto.

Validade de constructo

A escala em geral ($\alpha = 0,94$) apresenta uma consistência interna muito boa. Para os domínios da ECVI-38 as pontuações variam entre 0,70 e 0,97, sendo estes valores de consistência interna satisfatórios. Os α de Cronbach mais baixos foram obtidos para o domínio EM ($\alpha = 0,70$), seguido do domínio SE ($\alpha = 0,71$), sendo estes valores de consistência interna considerados razoáveis. Todos os resultados estão presentes na Tabela 6. Todos os domínios da ECVI-38 têm correlações estatisticamente muito significativas entre as pontuações totais da ECVI-38 e os domínios que a compõem (Tabela 7). Na Tabela 8, representamos as correlações entre os domínios da ECVI-38. Como mostra a tabela, a maioria das intercorrelações entre as subescalas apresentaram valores estatisticamente significativos, como por exemplo EF com CO, CG, ABVD, ACVD e FS ($p \leq .01$).

A pontuação média da ECVI-38 para as categorias de afectação neurológica (segundo a NIHSS) está representada na Tabela 9. Os resultados obtidos no teste *Jonckheere-Terpstra* revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diferentes graus de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS no resultado total da ECVI-38 (4,67; $p < .001$).

Validade de critério

Na tabela 10, representamos as correlações dos diferentes domínios da ECVI-38 com os resultados obtidos em instrumentos de conteúdo similar. Todos domínios da ECVI-38 e as escalas de avaliação apresentam resultados estatisticamente muito significativos entre si.

Discussão

A experiência de uma patologia, como o AVC envolve uma alteração permanente sobre vários aspectos da vida do indivíduo, e uma procura constante de um estado de adaptação das suas funções e bem-estar. A avaliação das sequelas físicas após um AVC, é um elemento fundamental no acompanhamento destes doentes, mas não deve ser o único. O acompanhamento e reabilitação destes doentes, deve atender aos factores psicossociais (Mackenzi & Chang, 2002).

Os instrumentos comumente utilizados após o AVC, são o índice de Barthel e a escala de Rankin (Carod-Artal & Egado, 2009), que avaliam apenas as sequelas físicas, deixando de parte todas as outras alterações provocadas pelo AVC. Estas medidas descartam as alterações implícitas que o AVC e os seus tratamentos podem ter na qualidade de vida destes indivíduos. Além das deficiências físicas, os domínios cognitivos, emocional, psicossocial, entre outras, são frequentemente afectadas pelo AVC (Edwards, Koehoor, Boyd, & Levy, 2010; Lin et al., 2010).

Pelas alterações inerentes que o AVC provoca na saúde destes doentes torna-se urgente incluir medidas mais completas na avaliação destes pacientes e que abarquem os vários aspectos da QVRS. A avaliação da QVRS complementa a avaliação externa realizada por médicos e outros profissionais de saúde e, com frequência não coincide com ela (Martínez-Martín, 2006). No entanto, para a maioria dos clínicos a avaliação da QVRS é vista mais como uma arte e não como uma ciência, pelo que raramente usam dados formais da QVRS na

sua prática. Esta crença é devida em parte, à falta de treino formal disponível para o seu uso e pela falta de familiaridade na interpretação e potencialidade dos dados. Quando os resultados da QVRS são utilizados sistematicamente, melhoram a comunicação entre o médico-doente na tomada de decisões clínicas e na satisfação dos cuidados prestados (Hahn et al., 2007).

Os instrumentos de QVRS frequentemente utilizados na avaliação dos doentes com AVC, são instrumentos genéricos, que não avaliam questões relevantes para estes grupos de pacientes, como a linguagem, concentração, memória (Carod-Artal & Egido, 2009; Hobart, Williams, Moran & Thompson, 2002). Dada a escassez de instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida destes doentes, no nosso meio, o presente estudo teve como objectivo determinar as características psicométricas da versão portuguesa da *Escala de Evaluación de Calidad de Vida para el Ictus* (ECVI-38).

Para a análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa da ECVI-38, seguimos os métodos de referência de instrumentos dirigidos à avaliação da qualidade de vida (Duncan et al., 1999; Fernández- Concepción et al., 2005; Hilari et al., 2003). Estes contemplam vários aspectos, no entanto e, ao nível da aceitabilidade consideram que:

- Os dados perdidos devem ser inferiores a 10%
- O efeito de piso e efeito de teto devem ser inferiores a 80%

A versão portuguesa da ECVI-38 revelou uma boa aceitabilidade, com uma percentagem de dados perdidos abaixo dos 10% em todos os itens. Estes dados não foram inteiramente verificados no estudo original da prova, onde, os últimos três itens do domínio *Funcionamento Sóciofamiliar*, apresentaram perdas de dados superiores a 18% (Fernández- Concepción et al., 2005). De acordo com o autor original, este facto ter-se-á devido a determinadas características da amostra, tais como: a idade dos participantes, percentagem de indivíduos sem conjuge ou companheiro e pela falta de vínculo laboral (Fernández- Concepción et al., 2005).

Paralelamente, a aceitabilidade da versão portuguesa da ECVI-38, sai reforçada pelos efeitos de piso e de teto registados. Estes mantiveram-se abaixo dos 80% em todos os itens e domínios da escala, e ainda foi mínimo para a pontuação total da ECVI-38. Estes resultados foram muito semelhantes aos obtidos pelos autores originais (Fernández- Concepción et al., 2005; Fernández- Concepción et al., 2008). Os reduzidos efeitos de piso e teto, atestam a qualidade da prova na diferenciação de um amplo intervalo de afectações, desde muito ligeiras a muito graves. Ao mesmo tempo, parece colmatar uma das principais limitações das medidas mais comumente utilizadas no contexto do AVC, como o IB e a escala de Rankin (Carod-Artal & Egado, 2009).

No que diz respeito à validade de constructo, a versão portuguesa da ECVI-38, revela propriedades extremamente interessantes. Com uma consistência interna muito boa no total da escala ($\alpha = 0,94$) e com valores nos diferentes domínios, compreendidos entre o razoável (domínios *Emoções* e *Sentimentos*) e o muito bom (domínios *Actividades Básicas da Vida Diária* e *Actividades Comuns da Vida Diária*). Curiosamente, estes valores de consistência, são muito similares aos da versão original. No estudo pioneiro, Fernández- Concepción e seus colegas, reportam os dois domínios de actividades de vida diária, como sendo os mais consistentes, da mesma forma que apontam o domínio *Sentimentos* como um dos elementos com um valor de alfa mais baixo (Fernández- Concepción et al., 2005).

As correlações obtidas entre os diferentes domínios da ECVI-38 e a pontuação total da escala, foram todas significativas. À semelhança da versão original, os valores obtidos oscilaram entre correlações moderadas (ex: domínio *Sentimentos*) a fortes (ex: domínio *Actividades Comuns da Vida Diária*). A estes dados, acresce ainda o grande número de correlações significativas interitens. No entanto, alguns domínios conceptualmente menos relacionados (ex: domínios *Comunicação* e *Sentimentos*), apresentam baixas correlações. Esta observação, para além de ser concordante com a efectuada no estudo original

(Fernández- Concepción et al., 2005), não constitui qualquer surpresa, uma vez que tem sido reportada de forma consistente em estudos desta natureza (Duncan et al., 1999; Hilari et al., 2003).

Ainda no domínio da validade de constructo, a versão portuguesa da ECVI-38 revela uma boa capacidade na discriminação de diferentes estados de afectação neurológica avaliados através da NIHSS. As diferenças entre os grupos de pacientes com afectação neurológica ligeira são mais significativas em comparação com os grupos que têm afectação moderada ou grave. Esta observação é mais uma vez, consistente com a efectuada pelos autores originais (Fernández- Concepción et al., 2005).

Relativamente à validade de critério, constatamos a existência de correlações significativas entre os diferentes domínios da ECVI-38 e instrumentos que avaliam as mesmas áreas funcionais. Mais uma vez, assinalamos a concordância com os estudos da versão original da escala (Fernández- Concepción et al., 2005; Fernández- Concepción et al., 2008).

Comparativamente com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida no AVC, constatamos que a versão portuguesa da ECVI-38 é o instrumento mais curto. A SS-QoL, possui 78 itens (Williams, Weinberger, Harris, Clark & Biller, 1999) e a SIS 2.0, 64 (Duncan et al., 1999). Contudo, apesar da sua dimensão, a ECVI-38, revela características psicométricas muito semelhantes às das suas congéneres. Os indicadores de aceitabilidade por nós adoptados, são comuns aos dos estudos das duas escalas de maior dimensão, embora, a partir da análise dos trabalhos da SS-QoL e da SIS 2.0, não nos tenhamos apercebido de que os autores tenham apontado uma percentagem de dados perdidos em cada uma das escalas. Apesar das limitações óbvias na dimensão da nossa amostra, a capacidade discriminativa da ECVI-38 foi posta à prova de acordo com três grupos de severidade na afectação neurológica, enquanto que no estudo da SIS 2.0 apenas foram utilizados dois

grupos (ligeiro e moderado) (Duncan et al., 1999) e, no estudo da SS-QoL incluíram apenas pacientes com AVC leves (Williams et al., 1999).

Recentemente, no decurso deste trabalho, surgiu uma versão portuguesa da SIS 2.0 (Gonçalves, Gil, Carvalheiro, Costa & ferreira, 2011). No entanto e, apesar de os autores encontrarem similitudes com a versão original da prova, não estabeleceram qualquer critério de aceitabilidade, o valor discriminativo da prova também não parece claro e, correlacionaram os domínios do teste com uma escala genérica, a *Chedoke-McMaster Stroke Assessment*, dificultando a comparação da validade de critério.

Apesar dos bons indicadores psicométricos, apresentados pela versão portuguesa da ECVI-38, estudos adicionais devem contemplar o alargamento do número de participantes, a inclusão de pacientes com AVC mas não referenciados para unidades de medicina física e de reabilitação, assim como, devem determinar a fiabilidade da prova através da análise de reteste.

Em conclusão, a versão portuguesa da ECVI-38 é muito semelhante à versão original, tem propriedades psicométricas adequadas para avaliar um amplo grupo de sintomas e disfunções e detectar alterações significativas na QVRS em sobreviventes do AVC. Neste estudo preliminar, a ECVI-38 apresentou critérios de aceitabilidade, validade de constructo e de critério muito satisfatórios.

Referências

Carod-Artal, F.J., & Egido, J.A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis*, 27 (suppl 1), 204 – 214.

Carod-Artal, F. J., González-Gutiérrez, J. L., Egido-Herrero, J. A., & Varela de Seijas, E. (2007). Propiedades métricas de la versión española del perfil de las consecuencias de la enfermedad de 30 ítems adaptado al ictus (SIP30-AI). *Revista de Neurología* , 45 (11), 647-654.

Duncan, P.W., Wallace, D., Lai, S.M., Johnson, D., Embretson, S., Laster, L.J. (1999). The stroke impact scale version 2.0: evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30, 2131-2140.

Edwards, J.D., Koehoorn, M., Boyd, L.A. & Levy, A.R. (2010). Is health-related quality of life improving after stroke? A comparison of health utilities indices among Canadians with stroke between 1996 and 2005. *Stroke*, 41, 996

Fernández-Concepción, O., Román-Pastoriza, Y., Álvarez-González, M. A., Verdecia-Fraga, R., Ramírez-Pérez, E., Martínez-González-Quevedo, J., Buergo-Zuaznábar, M. A. (2004). Desarrollo de una escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus. *Revista de Neurología* , 39 (10), 915-923.

Fernández-Concepción, O., Verdecia-Fraga, R., Álvarez-González, M. A., Román-Pastoriza, Y., & Ramírez-Pérez, E. (2005). Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. *Revista de Neurología* , 41 (7), 391-398.

Fernández-Concepción, O., Ramírez-Pérez, E., Álvarez, M. A., & Buergo-Zuáznabar, M. A. (2008). Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). *Revista de Neurología* , 46 (3), 147-152.

Franchignoni, F., & Sallaffi, F. (2003). Quality of life assessment in rehabilitation medicine. *Europa* , 39(4), 191-198.

Golomb, B. A., Vickrey, B. G., & Hays, R. D. (2001). A review of health-related quality-of-life measures in. *Pharmacoeconomics* , 19 (2), 155-185.

Gonçalves, R.S., Gil, J.N., Cavalheiro, L.M., Costa, R.D. & Ferreira, P.L. (2011). Reliability and validity of the Portuguese version of the Stroke Impact Scale 2.0 (SIS 2.0). *Quality of Life Research* , Jul.

Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* , 15, 118(8), 622-629.

Hahn, E. A., Cella, D., Chassany, O., Fairclough, D.L., Wong, G.Y., Hays, R. D., & Clinical Significance Consensus Meeting Group (2007). Precision of health-related quality-of-life data compared with other clinical measures. *Mayo Clin Proc.* , 82(10), 1244-1254.

Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* , 6 (3), 237-247.

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke* , 34, 1944-1950.

Hobart, J. M., Williams, L.S., Moran, K. & Thompson, A. J.(2002). Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. *Stroke* , 33, 1348-1356.

Hohmann, C., Radziwill, R., Klotz, J.M. & Jacobs, A.H. (2010). Health-related quality of life after ischemic stroke: the impact of pharmaceutical interventions on drug therapy (Pharmaceutical Care Concept). *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 59.

LeVasseur, S. A., Green, S., & Talman, P. (2005). The SEIQoL-DW is a valid method for measuring individual quality of life in stroke survivors attending a secondary prevention clinic. *Quality of Life Research*, 14, 779–788.

Lin K., Fu T., Wu C. Hsieh Y., Chen, C. & Lee P. (2010). Psychometric comparisons of the stroke impact scale 3.0 and stroke-specific quality of life scale. *Qual Life Res*, 19, 435–443.

Schalock, R. & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

Mackenzie, A.E. & Chang, A.M. (2002). Predictors of quality of life following stroke. *Disability and rehabilitation*, 24(5), 259-265.

Martínez-Martín, P. (2006). Repercusiones sobre la calidad de vida del deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 43 (3), 168-172.

Patel, M. D., McKeivitt, C., Lawrence, E., Rudd, A.G. & Wolfe, C.D. (2007). Clinical determinants of long-term quality of life after stroke. *Age Ageing*, 36, 316-22.

Pinedo, F.C., Hernández Pérez, J.M., Zurdo, M., Rodríguez Fúnez, B., García Fernández, C., Cueli Rincón, B., Hernández Bayo, J.M., Parra, M.B. & Rodríguez Manchón, V. (2011). Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral. *Neurología*, doi:10.1016/j.nrl.2011.04.004.

Truelsen, T., Piechowski-Jozwiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J., & Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *European Journal of Paediatric Neurolog*, *13*, 581–598.

The WHOQOL Group, (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med*, *41* (10), 1403-1409.

Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke specific quality of life scale. *Stroke*, *30* (7), 1362-9.

Tabelas

Tabela 1
Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Variável	
Sexo n (%)	
Masculino	31 (60, 8)
Feminino	20 (39, 2)
Idade ((M ± DP))	63, 53 ± 13,60
Anos de Escolaridade M±DP	5,02 ± 3, 95
Estado civil n (%)	
Casado	37 (72, 5)
Solteiro	6 (11, 8)
Viúvo	6 (11, 8)
Divorciado	2 (3, 9)
Situação profissional actual n (%)	
Com ocupado	5 (9, 8)
Sem ocupação	46 (90, 2)
Profissão n (%)	
<i>Colarinho Branco</i>	16 (31, 4)
<i>Colarinho Azul</i>	35 (68, 6)
Tipo de AVC n (%)	
Isquémico	37 (72, 5)
Hemorrágico	13 (25, 5)
Lateralidade do AVC n (%)	
Hemisfério direito	20 (39, 2)
Hemisfério esquerdo	30 (58, 8)
Bilateral	1 (2, 0)
Localização n (%)	
Cortical	18 (35, 3)
Subcortical	21 (41,2)
Corticosubcortical	10 (19, 6)

Tabela 2

Resultados das escalas aplicadas

Escola	n	%	M	DP
IB			77,06	23, 54
AIVD			3,59	2,54
HADS total			14,9	8,81
Depressão			7,45	5,38
Ansiedade			7,45	4,73
MOCA			17,63	6,45
NIHSS			4,24	3,84
Grau I	33	64,7		
Grau II	12	23,5		
Grau III	6	11,8		

IB: Índice de Barthel, AIVD: Escala das actividades instrumentais da vida diária; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; MOCA: *Montreal Cognitive Assessment*; NIHSS: Escala de AVC da NIH ; M±DP= média e desvio padrão.

Tabela 3

Resultados descritivos da ECVI-38 e seus oito domínios

	Pontuação média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança
I. Estado Físico	38, 24	27, 44	30,52-45,95
II. Comunicação	23, 53	26, 27	16,14-30,92
III. Cognição	30, 72	26, 85	23,17-38,27
IV. Emoções	64, 51	12,26	61,06- 67,96
V. Sentimentos	29, 41	22, 75	23,01-35,81
VI. Actividades básicas da vida diária	37,87	35,72	27,82-47,91
VII. Actividades comuns da vida diária	55,02	41,5	43,35-66,70
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	39,91	26, 16	33,55-47,26
ECVI-38-total	39,9	19,69	34,36-45,44

Tabela 4

Resultados dos aspectos que avaliam a aceitabilidade da ECVI-38

	Dados perdidos (%)	Efeito piso (%)	Efeito tecto (%)
Ia. Mover as extremidades	1	33,3	9,8
Ib. Utilizar as mãos	0	43,1	11,8
Ic. Caminhar	0	21,6	11,8
Id. Manter o equilíbrio	0	27,5	9,8
Ie. Dor ou dificuldades físicas	0	37,3	5,9
IIa. Falar	0	54,9	0
IIb. Comunicar com outras pessoas	0	56,9	2

Iic. Ler	0	49	11,8
Iid. Escrever	0	41,2	15,7
IIIa. Sua concentração	0	39,2	2
IIIb. Sua memória	0	35,3	5,9
IIIc. Sua capacidade mental	0	39,2	7,8
IVa. Estado de ânimo	0	0	15,7
IVb. Vitalidade	0	2	9,8
IVc. Auto-estima	0	3,9	7,8
IVd. Capacidade para manter a calma	0	0	7,8
IVe. Controlo sobre as suas emoções	0	0	7,8
Va. Vontade de viver	0	54,9	15,7
Vb. Confiança no futuro	0	43,1	11,8
Vc. Sensação de ser útil	0	51	5,9
Vd. Sensação de tranquilidade	0	37,3	3,9
Ve. Confiança em si mesmo	0	60,8	3,9
VIa. O seu cuidado pessoal (vestir-se, barbear-se, arranjar-se)	0	45,1	16,9
VIb. Tomar banho	0	41,2	17,6
VIc. Realizar as suas actividades domésticas habituais	0	29,4	29,4
VId. Movimentar-se livremente dentro de casa	0	52,9	15,7
VIIa. Movimentar-se para lugares distantes de casa	0	35,3	33,3
VIIb. Realizar as suas actividades de ócio, de entretenimento ou recreativas	0	33,3	39,2
VIIc. Participar em actividades fora do meio familiar	0	29,4	39,2
VIIId. Participar em actividades na comunidade	0	31,4	39,2
VIIIa. Ter independência económica	0	47,1	5,9
VIIIb. Suportar economicamente a família como antes	0	58,8	3,9
VIIIc. Cumprir o seu papel dentro do lar	0	33,3	27,5
VIIId. Elaborar ideias e solucionar problemas quotidianos	0	27,5	15,7
VIIIe. Participar em decisões familiares	0	52,9	17,6
VIII f. Cumprir o seu papel de esposo ou esposa	0	43,1	7,8
VIIIg. Relações sexuais	0	21,6	41,2
VIIIh. Realizar a sua actividade laboral	0	15,7	43,1

Tabela 5

Distribuição das pontuações (efeito piso e efeito tecto) da ECVI-38 e seus domínios

	Efeito Piso (%)	Efeito tecto (%)
I. Estado físico	5,9	0
II. Comunicação	17,6	0
III. Cognição	23,5	0
IV. Emoções	0	2
V. Sentimentos	11,8	0
VI. Actividades básicas da vida diária	23,5	13,7
VII. Actividades comuns da vida diária	25,5	23,5
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	2	0
ECVI-38-total	0	0

Tabela 6

Valores do coeficiente α de Cronbach dos domínios da ECVI-38 e da pontuação total

	Coeficiente de α de Cronbach
I. Estado físico	0,85
II. Comunicação	0,82
III. Cognição	0,85
IV. Emoções	0,70
V. Sentimentos	0,71
VI. Actividades básicas da vida diária	0,93
VII. Actividades comuns da vida diária	0,97
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	0,85
ECVI-38-total	0,94

Tabela 7

Correlações (r) entre as pontuações totais da ECVI-38 e os domínios que a compõe

Domínio	r	p
I. Estado Físico	0,84	$\leq .001$
II. Comunicação	0,66	$\leq .001$
III. Cognição	0,72	$\leq .001$
IV. Emoções	0,45	$\leq .001$
V. Sentimentos	0,31	$\leq .026$
VI. Actividades básicas da vida diária	0,8	$\leq .001$
VII. Actividades comuns da vida diária	0,85	$\leq .001$
VIII. Funcionamento sóciofamiliar	0,83	$\leq .001$

Tabela8
Correlações entre domínios da ECVI-38 (expressos em valores de r)

Domínios	I-EF	II-CO	III-CG	IV-EM	V-SE	VI-ABVD	VII-ACVD	VII-FSF
I-EF	1	0,41**	0,48**	0,27	0,12	0,82**	0,70**	0,61**
II-CO		1	0,70**	0,36**	0,12	0,31*	0,46**	0,42**
III- CG			1	0,50**	0,23	0,34*	0,42**	0,50**
IV-EM				1	0,43**	0,1	0,2	0,26
V-SE					1	0,16	0,04	0,25
VI- ABVD						1	0,75**	0,68**
VII.ACVD							1	0,73**
VII- FS								1

Valores expressos como coeficiente de correlação de Pearson. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$
 EF: Estado físico; CO: Comunicação; CO: Cognição; EM: Emoções; SE: Sentimentos
 ABVD: Actividades básicas de vida diária; ACVD: Actividades comuns da vida diária
 FS: Funções sócio-familiares.

Tabela 9
Comparação da pontuação total da ECVI-38 com as categorias de afectação do estado neurológico segundo o NIHSS

	ECVI-38 Mean Rank
I. Ligeira	17,27
II. Moderada	33,92
III. Grave	35

Comparações de médias segundo o *Jonckheere-Terpstra*: I-II: $p = .001$; I-III: $p = .000$; II-III: $p = .049$

Tabela 10
Correlação entre domínios da ECVI-38 e uma escala de construção similar

Domínio vs Escala	r	p
Estado Físico frente ao NIHSS	0,62	$\leq .000$
Comunicação frente a linguagem da NIHSS	0,57	$\leq .000$
Cognição frente ao MOCA	-0,29	$\leq .043$
Emoções frente HADS-total	0,6	$\leq .000$
Sentimentos frente HADS-total	0,49	$\leq .000$
Actividades básicas da vida diária frente IB	-0,8	$\leq .000$
Actividades comuns da vida diária frente AIVD	-0,7	$\leq .000$
Funcionamento sóciofamiliar frente ao IB	-0,58	$\leq .000$
Funcionamento sóciofamiliar frente AIVD	-0,7	$\leq .000$

Valores expressos como coeficiente de correlação de Pearson.