

Sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia: Proposta de linha de corte do Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21

Depressive Symptoms in people with aphasia: Cut-off point of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21

Brígida Patrício^{1*}, Maria Emília Santos²

¹ Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto

² Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Resumo

Este estudo tem como objectivos: (1) determinar a linha de corte do Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21 (SADQ-21); e (2) verificar a incidência da sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia crónica. Envolveu uma amostra de 33 indivíduos com afasia com mais de um ano de evolução e uma amostra de 66 sujeitos sem patologia incapacitante. A avaliação da sintomatologia depressiva foi feita através das versões Portuguesas da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e do SADQ-21. Os resultados mostraram que valores superiores a 17 na SADQ-21 são indicativos de sintomatologia depressiva importante, pelo que se determinou como linha de corte o valor 17. Verificou-se, ainda que indivíduos com afasia crónica têm significativamente mais sintomas depressivos do que indivíduos sem lesão cerebral ($t = -6,023$, $gl = 97$, $p = 0,000$).

Palavras-chave: Sintomatologia depressiva; afasia; CES-D; SADQ; Linha de corte. ❧❧

Abstract

The aim of this study is to define (1) the cut off point of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21 (SADQ-21) and (2) the incidence of depressive symptoms in patients with chronic aphasia. The samples consisted of 33 subjects with one year post-stroke aphasia and 66 individuals without disability. The assessment of depressive symptoms was performed using the Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and the SADQ-21. The results have shown that, comparing to CES-D, values over 17 in SADQ-21 indicates significant levels of depressive symptoms. 17 is the cut-off point found out for SADQ-21. It was also verified that patients with chronic aphasia have significantly more depressive symptoms than people without brain injury ($t = -6,023$, $df = 97$, $p = 0,000$).

Key words: Depressive symptoms; chronic aphasia; CES-D; SADQ; cut-off point. ❧❧

Introdução

A afasia é uma perturbação multimodal da linguagem causada por uma lesão cerebral adquirida no Sistema Nervoso Central. Pelas consequências que acarreta, vários autores definem a afasia como uma perturbação da comunicação que afecta o indivíduo biopsicossocialmente, considerando-a, inclusivamente, uma doença familiar (1, 2).

De facto, os aspectos psicossociais relacionados com a saúde têm vindo a ser cada vez mais discutidos e a afasia não é excepção. Aspectos emocionais e psicossociais influenciam determinantemente a qualidade de vida e todo o processo de habilitação e reabilitação dos indivíduos com afasia e suas famílias, pelo que é necessário que se investigue e actue a este nível (3, 4).

A depressão é uma complicação frequente em indivíduos que sofreram Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), seja como consequência directa da lesão cerebral, seja como reacção secundária às incapacidades (5, 6, 7, 8). Alguns autores defendem uma associação entre a localização da lesão cerebral e a ocorrência de depressão, assumindo que as lesões anteriores esquerdas estão mais frequentemente associadas a sintomatologia depressiva (e.g. 5, 9). Outros autores como Carson *et al.* (2000) desvalorizam essa associação. O que se verifica, contudo, é que na maior parte destes estudos os indivíduos com afasia foram excluídos dadas as dificuldades comunicativas que limitam a resposta aos questionários de avaliação da sintomatologia depressiva (10). Ainda assim, uma vez que a maior parte dos indivíduos com afasia sofreram AVC e tem

* e-mail: abp@estsp.ipp.pt

lesão hemisférica esquerda, pensa-se que muitos indivíduos com afasia evidenciam sintomatologia depressiva importante (11, 12).

No que diz respeito à ocorrência de depressão ou de sintomatologia depressiva como reacção secundária à sua nova condição, pensa-se que com a presença de dificuldades comunicativas acrescidas as relações que a pessoa com afasia estabelece com outros, bem como consigo mesma podem estar profundamente alteradas, pelo que o aparecimento de sintomas depressivos é frequente (12). As dificuldades comunicativas tornam mais difícil a comunicação em si, o estabelecimento das relações interpessoais levando à recusa de envolvimento em novas relações (13), à diminuição da participação nas actividades de vida diária e mesmo à substituição no desempenho de determinados papéis (14, 15). Mais limitados do ponto de vista funcional e social, a auto-estima dos indivíduos com afasia diminui e o isolamento torna-se mais frequente, desenvolvendo-se sentimentos de ansiedade, frustração e tristeza (15, 16).

Segundo vários autores, é nos primeiros meses pós-AVC que se verifica a maior parte dos casos de depressão (e.g. 17, 8). Whyte e Mulsant (2002) consideram que a sintomatologia depressiva se desenvolve nas primeiras horas e dias pós-AVC, verificando-se a ocorrência de depressão major nos primeiros três a seis meses pós lesão cerebral (8). Em estudos longitudinais como o de Berg *et al.*, (2003) verificou-se que a depressão é evidente nos primeiros meses após a lesão, e tende a permanecer ao longo do tempo, verificando-se, ainda, 18 meses depois do incidente (18). Segundo Lyon (1998), as emoções sentidas na fase aguda tendem a permanecer e a aumentar a sua intensidade ao longo dos primeiros seis a 12 meses. Verifica-se, então, que mesmo na fase crónica, a sintomatologia depressiva é evidente (19).

Nos indivíduos com afasia crónica, o contacto permanente e prolongado com as suas dificuldades, a consciência de que as evoluções são cada vez menores, as exigências e reacções psicológicas, necessidades e preocupações de ordem social podem contribuir para a manutenção destes sintomas (20). No caso dos indivíduos com afasia a situação é semelhante, pois trata-se de uma patologia de carácter crónico. Associado a reacções emocionais como a ansiedade, irritabilidade, impulsividade, baixa auto-estima e/ou depressão, o prognóstico de habilitação/reabilitação torna-se menos favorável (11, 21). No caso particular da depressão, há já bastante tempo que se defende que indivíduos deprimidos

são menos capazes de participar activamente nos esforços realizados em todo o processo de reabilitação, podendo mesmo recusar-se a colaborar (22, 23). Todo o processo tende a ser mais moroso, árduo e as evoluções menos significativas (5, 24, 7).

Relativamente às investigações que envolvem a participação de pessoas com afasia, verifica-se que, ou são apenas envolvidas as pessoas com afasia ligeira ou, para envolver indivíduos com maiores dificuldades de expressão e compreensão recorre-se à comunicação não-verbal (25), a familiares próximos ou cuidadores como fontes de informação (16). No caso dos estudos que excluem os indivíduos com afasia moderada a severa, verifica-se que fica sempre por estudar um grupo de indivíduos importante. No caso dos estudos que recorrem à comunicação não-verbal, ou a outras pessoas como fonte de informação, a fidedignidade dos dados é colocada em causa devido à subjectividade inerente (25).

No que respeita aos estudos que tentam validar escalas aplicáveis a estes indivíduos, muitos autores recorrem à população em geral ou a indivíduos não afásicos que sofreram AVC, reflectindo, posteriormente, sobre a sua relação e aplicabilidade nas pessoas com afasia (26, 27). Sendo um procedimento alvo de algumas críticas, é uma das formas a que se tem recorrido para construir e validar instrumentos de avaliação.

Conscientes das dificuldades das pessoas com afasia, da provável incidência significativa de sintomatologia depressiva e das dificuldades de avaliação do estado de humor nestas pessoas, Sutcliffe e Lincoln (1998) desenvolveram o *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ), cujo objectivo é avaliar a sintomatologia depressiva dos indivíduos com afasia permitindo a inclusão de todos os casos, inclusivamente os mais graves, uma vez que a recolha de dados é feita com recurso a familiares ou cuidadores próximos (16).

Na sua versão original o SADQ contém 21 itens. As suas correlações com o Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) e o Wakefield Self-Assessment of Depression Inventory (WDI) demonstraram ser significativas ($r = 0,22-0,52$, $p < 0,05$) e a sua consistência interna boa (0,82). Foi realizado também o teste de validade de critério para uma versão mais curta com 10 itens (SADQ-10) e verificou-se que essa correlação aumentou ($r = 0,32-0,67$, $p < 0,003$), e que o valor da consistência interna diminuiu ligeiramente para 0,80. Em 2000 foi editada uma nova versão do SADQ para aplicação em contexto hospitalar (28). A linha de corte sugerida para o

SADQ-10 é de 14 e não existe linha de corte para a versão longa (26).

A versão portuguesa do SADQ corresponde à versão longa (SADQ-21) (27). A sua correlação com a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) demonstrou uma correlação muito elevada ($r = 0,94$, $p = 0,000$). A sua correlação item-total foi de 0,71 e o valor de consistência interna de 0,77. A amostra foi constituída por 52 indivíduos que sofreram AVC, 20 dos quais apresentavam afasia. Os resultados mostraram que o questionário é adequado para avaliação da sintomatologia depressiva na população portuguesa, em indivíduos que sofreram AVC, e que a recolha de dados através dos familiares é válida (27). Apesar desta validação, o SADQ-21 não tem linha de corte definida, pelo que é difícil perceber a partir de que valores a sintomatologia depressiva é significativa e, como tal, determinar a necessidade de medidas de intervenção especializada.

Sendo a avaliação da sintomatologia depressiva uma necessidade eminente nos indivíduos com afasia e uma vez que já existe escala validada para a população portuguesa com afasia, é objectivo do presente estudo determinar a linha de corte do SADQ-21 e contribuir para o estudo da incidência da sintomatologia depressiva nestes indivíduos. Será, assim, possível determinar mais objectivamente a existência destes sintomas, compreender melhor a sua influência no prognóstico de habilitação/recuperação dos indivíduos com afasia, sinalizá-los mais precocemente e adequar melhor as terapêuticas.

Metodologia

Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra clínica de conveniência e por uma amostra de contraste recolhida através do processo de amostragem do tipo “bola de neve” (29).

A amostra clínica é composta por 33 indivíduos com afasia, do sexo masculino e feminino e foi recolhida com recurso a dois hospitais da zona norte de Portugal.

A amostra de contraste é composta por 66 indivíduos, também de ambos os sexos moradores nos concelhos de residência das pessoas com afasia.

Todos os indivíduos do grupo clínico apresentavam afasia resultante de uma única lesão vascular e ocorrida há, pelo menos, 12 meses.

Por cada sujeito incluído no estudo, tanto da amostra clínica como da amostra de contraste, parti-

cipou também um familiar que com ele coabitasse, uma vez que o SADQ é respondido por um familiar ou cuidador.

Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Provas nucleares da Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (B.A.A.L.) (30, 31, 32): fluência, nomeação, compreensão de ordens simples e repetição, para diagnóstico da perturbação da linguagem.
- 2) *Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21* (SADQ-21) (16, 27) para determinação da sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia. As respostas reflectem a sintomatologia sentida durante a última semana. A pontuação máxima é de 63 pontos; quanto mais evidente é a sintomatologia depressiva, mais alta é a pontuação. A maior parte dos itens estão formulados na direcção negativa, os itens 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 e 20 estão formulados na direcção positiva. A pontuação atribuída é de zero a três por cada item. Todas as respostas são fornecidas por um familiar próximo.
- 3) *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (33) escala utilizada para avaliação da sintomatologia depressiva na população em geral. As questões referem-se à sintomatologia sentida na última semana. É uma escala composta por 20 itens cuja pontuação total varia de zero a 60. Valores mais altos correspondem a um maior número de sintomas. O valor de corte utilizado no presente estudo é de 23, pois este é o valor recomendado para indivíduos com nível de escolaridade baixo, como é o caso da amostra em estudo. Esta escala constitui um bom instrumento para estudos epidemiológicos, está validada para o português e é amplamente usada nessa população. Este é o instrumento que constitui a “medida padrão de ouro” neste estudo. Através dela podemos comparar os resultados obtidos na CES-D (autoavaliação) com os da SADQ-21 (heteroavaliação) numa população sem patologia incapacitante.

Procedimentos

Para recrutar os indivíduos que constituíram o “Grupo clínico”, foram pedidas autorizações a dois hospitais que dão apoio de terapia da fala a pessoas

com afasia na zona norte do país. Todos os sujeitos que preenchiam os critérios de inclusão foram contactados pessoal ou telefonicamente. Compareceram à entrevista 33 indivíduos com afasia.

As entrevistas aos indivíduos do “Grupo clínico” foram realizadas pelos terapeutas da fala participantes no estudo de forma individual, nos hospitais da de origem. Foi pedido a cada sujeito e/ou familiar que respondesse às questões que permitiam o preenchimento da ficha de caracterização. Foram aplicadas as provas nucleares das B.A.A.L. (30, 31, 32) para confirmação do diagnóstico clínico e foi pedido ao acompanhante que preenchesse o SADQ (16, 27).

Os indivíduos do “Grupo de contraste”, composto por 66 sujeitos, responderam às questões dos instrumentos de avaliação sob a forma de auto-preenchimento, nomeadamente no que diz respeito à ficha de caracterização sócio-demográfica e à CES-D. O mesmo sucedeu com os familiares no que respeita ao preenchimento do SADQ-21, de forma a permitir, posteriormente, a comparação directa entre os dois grupos em estudo.

A confidencialidade dos dados foi garantida. Apenas foram incluídos no estudo os sujeitos e respectivos familiares que deram o seu consentimento informado.

A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 16.0 (SPSS).

Resultados

Analisando os resultados que caracterizam a amostra em estudo podemos verificar que a maior parte dos participantes no estudo são do sexo masculino (Quadro 1). Não se verificam diferenças entre os

Quadro 1 – Características sócio-demográficas

Sexo	Grupo			
	Grupo de contraste		Grupo clínico	
	n = 66		n = 33	
	n	%	n	%
Masculino	40	60,61	23	69,7
Feminino	26	39,4	10	30,3
<i>Idade (anos)</i>				
Média ± DP	54,12 ± 11,12		57,27 ± 12,50	
Amplitude	32 – 94		30 – 82	
<i>Escolaridade (anos)</i>				
Média ± DP	6,52 ± 3,26		5,18 ± 3,34	
Amplitude	Jan – 16		0 – 17	

dois grupos no que respeita à idade ($t = -1.275$, $gl = 97$, $p = 0,20$) e à escolaridade ($t = 1.901$, $gl = 97$, $p = 0,06$).

Relativamente aos familiares participantes no estudo, a esposa foi o tipo de parentesco mais frequente, quer no “Grupo de contraste”, quer no “Grupo clínico”, seguido de filho(a). A comparação das idades dos familiares participantes no estudo mostra que os familiares das pessoas com afasia são um pouco mais velhos ($t = -2,056$, $gl = 85,7$, $p = 0,04$) (Quadro 2).

Quadro 2 – Características dos familiares participantes no estudo

Familiar participante no estudo	Grupo			
	Grupo de contraste		Grupo clínico	
	(66 familiares)		(33 familiares)	
	n	%	n	%
Esposa	27	40,91	17	51,52
Marido	13	19,7	4	12,12
Filho(a)	23	34,85	9	27,27
Sogra	2	3,03	1	3,03
Genro	0	0	1	3,03
Mãe	0	0	1	3,03
Irmã	1	1,52	0	0
<i>Idade do Familiar (anos)</i>				
Média ± DP	42,56 ± 16,04		48,30 ± 11,35	
Amplitude	18 – 73		27 – 68	

No que diz respeito aos indivíduos com afasia, podemos verificar ainda que o tempo decorrido pós-A.V.C. era, em média, superior a dois anos (Quadro 3).

Quadro 3 – Tempo decorrido pós-A.V.C.

Tempo pós-AVC (meses)	Grupo
	Grupo clínico n = 33
Média ± DP	29,64 ± 18,90
Amplitude	12 – 64

Correlacionando os resultados do SADQ-21 (heteroavaliação) e da CES-D (autoavaliação) no “Grupo de contraste” através do coeficiente de correlação paramétrico r de *Pearson*¹, verificamos que existe

1 Pressupostos: Uma vez que ambos os grupos têm dimensão grande ($n > 30$) e as distribuições são simétricas, assumimos a normalidades das distribuições.

uma associação linear positiva moderada ($r = 0.401$; $p = 0.001$) estatisticamente significativa (Quadro 4).

Quadro 4 – Correlação entre o SADQ e a CES-D para o “Grupo de contraste”

	Total CES-D (n = 66)	Total SADQ (n = 66)	P
Total CES-D (n = 66)	1	0,4	0,001
Total SADQ (n = 66)	0,4	1	

Aplicando o teste *t* para duas amostras independentes, de forma a verificar se existem diferenças significativas entre os valores médios obtidos no SADQ-21 nos dois grupos², verifica-se que a incidência de sintomatologia depressiva é muito superior para o “Grupo clínico” (Quadro 5). Efectivamente, os indivíduos do “Grupo clínico” apresentam valores significativamente superiores aos do “Grupo de contraste”.

Quadro 5 – Resultados do SADQ para os dois grupos

Grupo	N	Total SADQ			
		Média ± DP	t	gl	p
Grupo de contraste	66	14,42 ± 7,09	-6,023	97	0,000
Grupo clínico	33	26,30 ± 10,16			
Total	99	16,98 ± 9,67			

Resultado de acordo com o teste *t* para 2 amostras independentes

Para determinar a linha de corte do SADQ-21 considerou-se a linha de corte da CES-D usada para este estudo (igual ou superior a 23) e procedeu-se à distribuição do “Grupo de contraste” relativamente a esse resultado (Quadro 6). Verifica-se que apenas

Quadro 6 – Resultados do “Grupo de contraste” de acordo com a linha de corte da CES-D

	n	Média ± DP	Amplitude
<i>Para valores de CES-D ≥ 23</i>			
CES-D	12	27,92 ± 5,12	24 – 43
SADQ		17,58 ± 7,23	6 – 32
<i>Para valores de CES-D < 23</i>			
CES-D	54	15,06 ± 4,33	5 – 22
SADQ		13,72 ± 6,93	0 – 34

2 Pressupostos: A normalidade das distribuições foi verificada recorrendo ao teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov*. O “Grupo de contraste” apresentou valores inferiores 0,05 ($p = 0,028$), rejeitando-se a normalidade da distribuição dos dados, no entanto, uma vez que este grupo tem uma dimensão grande ($n > 30$), aplicando o Teorema do Limite Central, assumimos a normalidade da distribuição.

12 sujeitos apresentam valores iguais ou superiores a 23 e que a sua média é bastante superior à dos restantes indivíduos. O mesmo acontece para os valores do SADQ-21 para as mesmas pessoas.

Com esta aferição podemos verificar que os valores do SADQ-21 que correspondem à linha de corte da CES-D são superiores, em média, a 17, embora com uma dispersão bastante grande. Averiguando quantos indivíduos do “Grupo clínico” obtiveram valores superiores a 17, verifica-se que 25 dos 33 sujeitos com afasia apresentam resultados superiores (Quadro 7).

Quadro 7 – Indivíduos do “Grupo clínico” com resultados do SADQ > 17

	n	Média ± DP	Amplitude
SADQ	25	30,36 ± 8,07	18 – 48

Constata-se que a maioria dos sujeitos do “Grupo clínico” apresenta valores que fazem suspeitar da existência de sintomatologia depressiva importante (75,76%), sendo que a média da SADQ-21 para estes indivíduos é bastante superior a 17 (Quadro 7).

Discussão de resultados

Para podermos usar um instrumento de avaliação este tem de estar validado para a população alvo (34). Neste caso, o SADQ-21 está validado para a população portuguesa (27). Um dos resultados encontrados na referida validação foi o da validade de critério, cujos valores demonstraram uma correlação muito elevada entre a CES-D (medida de ouro) e o SADQ-21, no presente estudo a correlação encontrada foi moderada.

Relativamente à existência de sintomatologia depressiva, esta é muito frequente em indivíduos que sofreram AVC, quer na fase aguda quer na fase crónica (18, 6, 7, 8). Por conseguinte, pensa-se que os indivíduos com afasia, apesar de excluídos da maior parte das investigações também apresentam esta sintomatologia. Os resultados do presente estudo comprovam esse facto, uma vez que se verificou que indivíduos com afasia crónica apresentam significativamente mais sintomatologia depressiva que a população em geral. O mesmo se verificou nos estudos de Åström *et al.* (1993) e Rodrigues, Santos e Leal (2006). Adicionalmente, o facto de os indivíduos apresentarem mais de um ano de evolução vai de encontro a achados como os de Berg *et al.* (2003).

De facto, a existência de instrumentos como o SADQ veio possibilitar a avaliação adequada da

sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia, com vários graus de severidade. Contudo, sem linha de corte definida é problemático definir a partir de quando poderemos estar perante sintomatologia depressiva significativa. Neste estudo, por comparação com o grupo de contraste podemos verificar esse facto, mas é muito útil termos um valor de referência que nos permita verificar imediatamente se o resultado da avaliação de determinado indivíduo indica, ou não, sintomatologia depressiva evidente.

Assim, relativamente à linha de corte do SADQ-21, por comparação com a linha de corte considerada na CES-D, escala amplamente usada na população portuguesa para avaliação da sintomatologia depressiva, verificou-se que valores acima de 17 obtidos no SADQ-21 são sugestivos de sintomatologia depressiva e que deverá ser efectuada uma avaliação especializada neste contexto, no sentido de confirmar ou não o diagnóstico e implementar as necessárias medidas terapêuticas.

Perante estes resultados, verifica-se que a maioria dos indivíduos com afasia (76%) apresenta sintomatologia depressiva importante, sendo que a média de valores obtida neste subgrupo é muito superior ao valor de corte ($30,36 \pm 8,07$). Estes valores confirmam, mais uma vez, a ocorrência de sintomas depressivos muito evidentes nas pessoas com afasia crónica.

Por todas as implicações que este tipo de alteração do humor causa na vida da pessoa e seus familiares, bem como no seu processo de habilitação e recuperação (3, 4), é muito importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos seus sinais. Neste sentido, o uso do SADQ, com uma linha de corte indicativa, poderá constituir uma ferramenta importante. Certamente que o encaminhamento adequado e precoce destes indivíduos minimizará todas as implicações referidas por vários autores (e.g. 11, 15, 21). Desta forma estaremos a contribuir mais eficazmente para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Conclusão

A ocorrência de depressão é muito frequente em indivíduos que sofrem AVC. Neste estudo verificou-se que esta sintomatologia é também muito frequente em indivíduos com afasia crónica.

Apesar das dificuldades para avaliar o humor em indivíduos com afasia, o uso de instrumentos adaptados às circunstâncias específicas deste conjunto de pessoas torna-o possível. O SADQ é uma

desses instrumentos que, recorrendo a familiares ou cuidadores próximos da pessoa com afasia permite aceder a essas informações. Este questionário foi validado para a população portuguesa em 2006, contudo, não foi determinada a sua linha de corte.

Perante a incidência significativa de sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia, é muito importante determinar o valor a partir do qual essa sintomatologia é significativa e que justificará um tratamento apropriado.

No presente estudo, por comparação com a CES-D determinou-se que a linha de corte da SADQ-21 é 17. Assim valores superiores a 17 fazem suspeitar da existência de sintomatologia depressiva importante.

Perante estes resultados, verificou-se, adicionalmente, que 76% dos indivíduos com afasia crónica apresentam valores de SADQ-21 muito superiores a 17, o que indica sintomatologia depressiva muito evidente.

Achados como este corroboram a necessidade de terapêutica adequada para estes indivíduos relativamente às alterações do humor.

Apesar de não ser objectivo do presente estudo, seria interessante verificar se os resultados encontrados nas pessoas com afasia se verificam noutras situações de lesão cerebral resultante de AVC, mas sem afasia.

Mais investigação deve ser realizada neste âmbito. São necessários mais estudos de aplicação do SADQ-21 para verificação destes factos. É necessário entender melhor a conjuntura da afasia e da depressão para uma resposta mais adequada às necessidades dos indivíduos e dos seus familiares, pois a sinalização e o tratamento atempados podem contribuir para melhores resultados na habilitação/reabilitação e para a melhoria da sua qualidade de vida.

Bibliografia

1. LaPoint, L. L. (2005). Foundations: adaptation, accommodation, aristos. In L.L. LaPoint (Ed.) *Aphasia and related neurogenic language disorders* (3ª ed., pp.1-18). New York: Thieme.
2. Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C. (2001). *Beyond aphasia: therapies for living with communication disability*. United Kingdom: Speechmark Publishing Ltd.
3. Coster, L., Leentjens, A., Lodder, J. & Verhey, F. R. (2005). The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: A discriminant analytic approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 238-362.
4. Gainotti, G. (1997). Emotional psychological and psychosocial problems of aphasic patients: An introduction. *Aphasiology*, 11(7), 635-650.
5. Åström, M., Adolfsson, R. & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients: a 3-years longitudinal study. *Stroke*, 24, 976-982.

6. Gainotti, G., Antonucci, G., Marra, C. & Paolucci, S. (2001). Relation between depression after stroke, antidepressant therapy and functional recovery. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 258-261.
7. Thomas, S. A. & Lincoln, N. B. (2006). Factors relating to depression after stroke. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45 (1), 49-61.
8. Whyte, E. M. & Mulsant, B. H. (2002). Post-stroke depression: Epidemiology, pathophysiology and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52 (3), 253-264.
9. Shimoda, K. & Robinson, R. G. (1999). The relationship between post-stroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biological Psychiatry*, 45 (2), 187-192.
10. Carson, A. J., MacHale, S., Allen, K., Lawrie, S. M., Dennis, M., House, A. & Sharpe, M. (2000). Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *The Lancet*, 356, 122-126.
11. Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Department of Communication Sciences and Disorders, Florida International University.
12. Helm-Estabrooks, N. & Albert, M. (1994). *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
13. Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
14. Jordan, L. & Kaiser, W. (1996). *Aphasia: A social approach*. London: Chapman & Hall.
15. Parr, S., Byng, S. & Gilpin, S. (1997). *Talking about aphasia*. Philadelphia: Open University Press.
16. Sutcliffe, L. M. & Lincoln, N. B. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: The development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 12, 506-513.
17. Robinson, R., Starr, L. & Price, T. (1984). A two year longitudinal study of mood disorders following stroke: Prevalence and duration at six months follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 256-262.
18. Berg, A., Psych, L., Palomäki, H., Lehtihalmes, M., Phil, M., Lönnqvist, J. & Kaste, M. (2003). Poststroke depression: An 18-month follow-up. *Stroke*, 34, 138-143.
19. Lyon, J. G. (1998). *Coping with aphasia*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
20. Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
21. Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
22. Charatan, F. & Fisk, A. (1978). Mental and emotional results of strokes. *New York State Journal of Medicine*, 78 (9), 1403-1405.
23. Palacios, J. (2004). Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice. In C. Coll, J. Palacios, A. Marchesi (Eds.), *Desenvolvimento psicológico e educação 1: psicologia evolutiva* (2ª ed., pp.371-388). Porto Alegre: Artmed.
24. Paolucci, S., Antonucci, G., Grasso, M., Morelli, D., Troisi, E., Angelis, D., Rizzi, F. & Bragoni, M. (2001). Post-stroke depression, antidepressant treatment and rehabilitation results. *Cerebrovascular Diseases*, 12, 264-271.
25. Gainotti, G., Azzoni, A., Gasparini, F., Marra, C. & Razzano, C. (1997). Relation of lesion location to verbal and nonverbal mood measures in stroke patients. *Stroke*, 28, 2145-2149.
26. Leeds, L., Meara, R. & Hobson, J. (2004). The utility of the Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ) in a stroke rehabilitation unit. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 18, 2, pp. 228-231
27. Rodrigues, I., Santos, M. E., & Leal, G. (2006). Validação de uma escala de depressão para doentes afásicos: "Stroke Aphasic Depression Questionnaire – SADQ". *Sinapse*, 6 (2), 28-33.
28. Lincoln, N. B., Sutcliffe, L. M. & Unsworth, G. (2000). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with the patients in hospital. *Clinical Neuropsychology*, 1, 506-513.
29. Meltzoff, J. (1998). *Critical thinking about research*. Washington: American Psychological Association.
30. Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
31. Damásio, A. R. (1973). *Perturbações neurológicas da linguagem e de outras funções simbólicas*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
32. Ferro, J. M. (1986). *Neurologia do comportamento – Estudo de correlação com a tomografia axial computadorizada*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
33. Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339-348.
34. Ferreira, P. L. & Marques, F. B. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: Princípios metodológicos gerais. Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1998: pp. 1-25.

