

Validade e Fiabilidade da versão portuguesa do Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21

A B Patrício¹

¹Área Técnico-Científica de Terapêutica da Fala, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto,

Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

abp@estsp.ipp.pt

Resumo

O objectivo deste estudo é determinar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do *Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21* (SADQ-21). Envolveu 120 sujeitos, 33 dos quais com afasia.

Os resultados demonstraram que o SADQ-21 revela uma consistência interna muito elevada ($\alpha=0,87$). A validade de construção identificou cinco domínios. A variância total explicada pelos factores foi elevada (65,85%). A correlação entre a medida de ouro e o SADQ-21 é estatisticamente significativa ($p<0,05$). Os indivíduos com afasia estão significativamente mais deprimidos que os sem afasia ($p=0,0001$).

Conclui-se que o SADQ-21 é um instrumento adequado para a avaliação da sintomatologia depressiva em pessoas com afasia.

Palavras-Chave: Afasia, sintomatologia depressiva, SADQ-21, propriedades psicométricas

The aim of this study is to determine psychometric properties of Portuguese version of Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21 (SADQ-21). The sample consisted of 120 subjects, 33 of whom with aphasia.

The results showed that SADQ-21 has a very high level of internal consistency ($\alpha = 0,87$). Construct validity identified five domains. The total variance explained by the components was high (65,85%). The correlation between the gold measure and SADQ-21 was statistically significant ($p<0,05$). Additionally, people with aphasia are significantly more depressed than people without ($p= 0,0001$).

In conclusion, SADQ-21 is suitable for the assessment of depressive symptoms in aphasic people.

Key words: Aphasia, depressive symptoms, SADQ-21, psychometric properties

1. INTRODUÇÃO

A afasia é uma perturbação da comunicação que resulta de uma lesão cerebral adquirida que afecta a linguagem. Assim, indivíduos com afasia podem ter dificuldade em verbalizar as mensagens que pretendem transmitir, assim como podem ter dificuldade em entender os enunciados produzidos pelos seus interlocutores (Benson & Ardila, 1996). Sendo estas competências essenciais para a comunicação, o processo comunicativo pode ficar seriamente comprometido. Pelas consequências que acarreta, esta perturbação afecta o indivíduo biopsicossocialmente, interferindo nas relações interpessoais, no estado de humor, na participação nas actividades de vida diária, na sua qualidade de vida e na qualidade de vida dos seus familiares (Ardila, 2006; LaPoint, 2005; Pound, Parr, Lindsay & Woolf, 2001). Dado o carácter crónico da patologia, as mudanças ocorridas na sua vida não se limitam apenas à fase aguda da patologia. Por conseguinte, o seu impacto é prolongado e requer uma possível adaptação a uma forma de vida diferente (Chemerinski & Robinson, 2000; Gainotti, 1997).

De acordo com Währborg (1991), desde o início do século XX que vários autores demonstram claras preocupações com os aspectos psicológicos desencadeados depois da ocorrência de uma lesão cerebral. A depressão é uma das perturbações do humor mais estudadas pelos investigadores, sendo uma das mais referidas na literatura como consequência de AVC (Hacket, Parag & Anderson, 2005; Thomas & Lincoln, 2006; Whyte e Mulsant, 2002). Seja causada pela localização da lesão cerebral, seja como uma resposta às consequências causadas pelo AVC, esta sintomatologia é evidente. Autores como Whyte & Mulsant (2002) defendem que esta assume o seu pico de ocorrência nos primeiros dias a meses após a lesão cerebral (fase aguda) outros comprovaram que, mesmo decorridos vários anos, esta sintomatologia continua muito evidente (Åstrom, Adolffson & Asplund, 1993; Berg

et al, 2003; Patrício & Santos, 2007). Sendo vários os estudos que investigam acerca da incidência da depressão pós-AVC, a maior parte exclui indivíduos que tenham problemas de comunicação e/ou linguagem, ou que os tenham pelo menos de forma moderada a severa. Sendo a afasia um problema de comunicação, estes indivíduos são, portanto, frequentemente excluídos. A justificação para este facto prende-se com a dificuldade na administração de escalas ou testes de avaliação, pois os problemas de compreensão auditiva e/ou de expressão verbal podem tornar, segundo os autores, o processo de recolha de dados muito difícil e pouco fidedigno (Barata, Henriques, Silva, Mateus & Rebocho, 2004; Huffman & Stern, 2003; Machale, O'Rourke, Wardlaw & Dennis, 1998). Desta forma, muita investigação existe que analisa a presença de depressão depois de ocorrido um AVC, mas é em menor número a que estuda uma possível associação entre as alterações do humor como a depressão e a presença de afasia.

Dos estudos que incluem indivíduos com afasia, Starkstein e Robinson (1988) e Kauhanen *et al.* (2000), concluem que a presença de afasia aumenta o risco de aparecimento de sintomatologia depressiva, existindo uma maior correlação entre esta sintomatologia e os quadros de afasia não-fluente. Também segundo Helm-Estabrooks e Albert (1994) a depressão surge mais frequentemente nos indivíduos com afasias não-fluentes, especificamente indivíduos com afasia de Broca e afasia global.

Relativamente ao impacto da depressão na participação em actividades de vida diária, Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson e Stewart-Wynne (1997) verificaram que indivíduos deprimidos apresentam um *handicap* funcional maior que os não deprimidos, concluindo que a depressão se associa a um nível de participação em actividades de vida diária e funcionalidade mais baixos. Paralelamente, no estudo de Patrício e Santos (2007), verificou-se que níveis de sintomatologia depressiva mais elevados se associam a níveis de funcionalidade comunicativa mais baixos. Por conseguinte, o prognóstico de reabilitação e habilitação ao nível da funcionalidade comunicativa, da funcionalidade quotidiana e da qualidade de vida fica claramente prejudicado na presença de sintomatologia depressiva, revertendo em resultados menos significativos (Frattali & Grafman, 2005; Gainotti, 1997; Robinson, 1997). Robinson (1997) acrescenta, ainda, que a existência desta sintomatologia faz aumentar a mortalidade (35).

Sabendo que a existência de depressão é um factor de prognóstico desfavorável (Peña-Casanova, 1995), dados como estes corroboram a necessidade de diagnosticar e tratar a depressão para que a intervenção junto destes indivíduos e seus interlocutores seja mais eficaz e efectiva (Bullain, Chriki & Stern, 2007).

Apesar da evidência, muitos continuam a ser os casos de depressão pós-AVC que não são diagnosticados e tratados, principalmente com afasia (Paolucci *et al*, 1999; Währborg, 1991). As dificuldades de linguagem e comunicação das pessoas com afasia são um factor determinante para este fenómeno (Währborg, 1991). O facto de as provas de recolha de dados serem baseadas em competências como a linguagem e a comunicação verbal e a maior parte ser de auto-preenchimento contribui decisivamente para este fenómeno (Währborg, 1991), sendo muitos destes indivíduos excluídos de estudos (Barata *et al*, 2004; Huffman & Stern, 2003; Macale, O'Rourke, Wardlaw & Dennis, 1998) e desadequadamente avaliados na prática clínica (Währborg, 1991). Para ultrapassar esta dificuldade, alguns autores recorrem ao uso de comunicação não verbal aquando da avaliação do estado de humor, contudo, o que pode constituir uma vantagem pode também constituir uma desvantagem, pois a dificuldade existente na descodificação efectiva da mensagem por parte da pessoa com afasia, bem como a ambiguidade susceptível na interpretação da resposta levanta algumas questões (Gainotti, 1997).

Ainda assim, alguns indivíduos com afasia recebem tratamento farmacológico para a depressão, contudo, verifica-se que a sintomatologia depressiva regista uma elevada incidência, pelo menos na fase crónica (Patrício & Santos, 2007).

Apesar da depressão pós-AVC estar amplamente estudada, existe ainda bastante discussão quanto à sua origem, nomeadamente se é uma consequência directa da lesão cerebral ou se, por outro lado, constitui uma reacção ao *handicap* e/ou limitações sentidas. A incidência desta perturbação de humor, suas implicações e consequências na recuperação, habilitação e vida dos indivíduos com afasia e seus familiares continua a carecer de mais investigação (Gainotti, 1997; Patrício & Santos, 2007; Rodrigues, Santos & Leal, 2006).

O *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ) (Sutcliffe & Lincoln, 1998), versão portuguesa, Rodrigues, Santos & Leal (2006), questionário especialmente concebido para avaliar a sintomatologia em indivíduos com afasia surgiu como forma de colmatar uma das principais

dificuldades inerentes ao acesso às emoções dos indivíduos com afasia – o comprometimento da linguagem e, conseqüentemente, da comunicação. É aplicável a todos os indivíduos com afasia, independentemente do seu grau de severidade e em qualquer fase de recuperação, pois os dados são recolhidos com recurso a um familiar próximo ou a um cuidador (Sutcliffe & Lincoln, 1998). A versão original contém 21 itens baseados em comportamentos observáveis sugestivos de sintomatologia depressiva. No sentido de aumentar a validade e consistência interna deste questionário os itens foram reduzidos para 10 (SADQ-10), sendo esta a versão mais recomendada para uso clínico (Sutcliffe & Lincoln, 1998). Em 2000, Lincoln, Sutcliffe e Unsworth lançaram uma edição revista para aplicação em contexto hospitalar, em situação de internamento, que deverá ser respondida por enfermeiros. O SADQ-21 foi correlacionado com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) e o *Wakefield Depression Inventory* (WDI). Os resultados mostraram que o SADQ-21 está significativamente correlacionado com as outras medidas ($r = 0,22$ e $r = 0,52$, respectivamente; $p < 0,01$). Os resultados da fiabilidade teste re-teste demonstram que o SADQ-21 respeita o princípio da reprodutibilidade para um intervalo de 4 semanas ($r = 0,72$, $p < 0,001$). O SADQ-10 demonstrou maior validade de critério quando comparado com a HAD e o WDI ($r = 0,32$ e $r = 0,67$, respectivamente; $p < 0,01$), a consistência interna diminuiu ligeiramente em relação ao SADQ-21 (alfa de Cronbach = 0,80), contudo tem uma boa consistência interna. Foram encontrados 5 domínios para a versão 21 itens, são eles: humor negativo, interacção social, perda de interesse, relacionado com o sono e apatia. É de referir que neste estudo os domínios foram determinados em conjunto com os itens da HAD e do WDI (Sutcliffe & Lincoln, 1998).

Actualmente existe uma versão portuguesa do SADQ-21 validada por Rodrigues, Santos e Leal em 2006. Neste estudo, o SADQ-21 foi correlacionado com a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Os resultados mostraram uma correlação muito elevada estatisticamente significativa entre as duas escalas ($r = 0,94$, $p < 0,000$). A análise dos itens da SADQ revelou boa correlação item-total (0,71) e um bom valor de consistência interna (alfa de Cronbach = 0,77) (Rodrigues, Santos & Leal, 2006).

Foram realizados vários estudos que analisaram a aplicabilidade do SADQ em vários contextos, nomeadamente no estudo de Sadckey, Hoppit e Cardoso (2006), onde se verificou a sua aplicabilidade em contexto de lares de idosos. Verificou-se que o SADQ é um bom instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva neste contexto quando aplicada a indivíduos com alterações da comunicação, ainda que não se tratem de indivíduos com afasia. No estudo de Leeds, Meara e Hobson (2004), verificou-se a aplicabilidade do SADQ numa unidade de AVC, contudo os indivíduos com afasia foram excluídos. Neste estudo os autores concluíram que o instrumento não é uma boa medida de avaliação da sintomatologia depressiva em indivíduos sem afasia, comparativamente com outras escalas usadas para o efeito.

Como se pode verificar, já existe alguma evidência acerca do uso do SADQ. Alguns estudos recorrem a indivíduos com afasia, outros não. Quanto à necessidade de mais estudos de validação do SADQ, os autores são consensuais (Leeds, Meara & Hobson, 2004; Sadckey, Hoppit & Cardoso, 2006; Sutcliffe & Lincoln, 1998).

2. METODOLOGIA

O presente estudo é composto por uma amostra de conveniência do tipo bola de neve de 120 indivíduos de ambos os sexos. Desses, 33 indivíduos apresentam afasia resultante de AVC. Na selecção da amostra foram respeitados os seguintes critérios de inclusão: 1) nacionalidade portuguesa, de forma a evitar influências culturais ou de língua na interpretação das questões; 2) coabitar com alguém disposto a participar no estudo; 3) no caso dos indivíduos com afasia, o tempo de evolução deverá ser igual ou superior a um ano.

Os instrumentos utilizados foram:

Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21 (SADQ-21): destina-se a avaliar a sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia e deve ser preenchido por um familiar próximo da pessoa. No presente estudo foi usada a versão portuguesa (Rodrigues, Santos & Leal, 2006) que foi aplicada à população em geral, incluindo indivíduos com e sem afasia, para verificação das suas propriedades psicométricas. Por conseguinte, foi um familiar de cada sujeito que com ele coabita quem preencheu a escala.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, versão portuguesa, Gonçalves & Fagulha, 2004): utilizada para avaliação da sintomatologia depressiva na população em geral. No

presente estudo, foi usada como “medida de ouro”. Foi aplicada apenas aos indivíduos sem afasia uma vez que as pessoas com afasia podem não apresentar competências para o seu preenchimento.

Neste estudo foram ainda usadas as provas nucleares da Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (B.A.A.L.) (Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986), nomeadamente as provas da fluência, nomeação de objectos, compreensão auditiva de ordens simples e repetição de palavras, para confirmação do diagnóstico de afasia

No grupo de pessoas sem afasia, a CES-D foi preenchida pelos sujeitos em estudo. O SADQ-21 foi preenchido por um familiar que com eles coabitasse. Os questionários foram devolvidos em mão à autora do estudo.

Aos indivíduos com afasia acedeu-se através de duas instituições hospitalares da zona norte do país às quais foram pedidas as devidas autorizações. Os familiares que coabitavam com a pessoa com afasia responderam ao SADQ-21.

Todos os indivíduos que participaram no estudo assinaram a folha de registo do consentimento informado. A confidencialidade dos dados foi garantida.

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

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A maior parte dos sujeitos participantes no estudo é do sexo masculino (56,67%), a sua idade média é de 53,5 anos e a sua escolaridade média de 7,9 anos.

No que diz respeito às pessoas sem afasia, a percentagem de indivíduos do sexo masculino era menor (51,7%) que nos indivíduos com afasia (69,7%), acontecendo o inverso para o sexo feminino. As pessoas sem afasia eram ligeiramente mais novas (52,1 anos) que as com afasia (57,3 anos).

Dos familiares participantes no estudo, o parentesco mais frequente foi o cônjuge (66,7%), seguido do(a) filho(a) (28,3%). A média de idades dos mesmos situa-se nos 44 anos. Analisando os sub-grupos, verifica-se que as percentagens de parentescos são semelhantes.

O tempo decorrido pós-AVC é, em média, de 29,6 meses com uma amplitude de 12 – 64 meses.

Para verificação da consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach que demonstrou uma consistência interna elevada ($\alpha = 0,87$).

Analisou-se igualmente a contribuição dos vários itens para a consistência interna do instrumento. Verificou-se que os que registam maior contribuição são os itens SADQ11, SADQ12, SADQ13, SADQ14, SADQ16 e SADQ20, uma vez que quando retirados, o valor de alfa diminui. Os itens SADQ2, SADQ5, SADQ15, SADQ17, SADQ19 e SADQ21 são os que, quando retirados, fazem subir o alfa. São igualmente estes últimos itens que apresentam uma correlação item-total mais baixa, variando entre 0,02 e 0,27 (Quadro 1).

Quadro 1: *Correlação item-total e variação do alfa de Cronbach se itens eliminados*

	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
SADQ1	0,49	0,87
SADQ2	0,27	0,88
SADQ3	0,39	0,87
SADQ4	0,44	0,87
SADQ5	0,24	0,88
SADQ6	0,44	0,87
SADQ7	0,51	0,87
SADQ8	0,45	0,87
SADQ9	0,45	0,87

SADQ10	0,35	0,87
SADQ11	0,71	0,86
SADQ12	0,73	0,86
SADQ13	0,61	0,86
SADQ14	0,83	0,86
SADQ15	0,24	0,88
SADQ16	0,73	0,86
SADQ17	0,20	0,88
SADQ18	0,59	0,87
SADQ19	0,02	0,88
SADQ20	0,74	0,86
SADQ21	0,18	0,88

Para a análise da validade de construção procedeu-se à análise factorial. O valor de KMO foi 0,83. O teste de esfericidade de Bartlett demonstra existir correlação entre as variáveis ($p < 0,001$).

A análise factorial evidenciou cinco componentes com *eigenvalues* superiores a um (Quadro 2). Estes cinco componentes explicam 65,85% da variância total, sendo 30% explicada pelo componente um.

Quadro 2: Total da variância explicada

Componentes	Eigenvalue	% Variância	% Cumulativa
1	6,31	30,05	30,05
2	2,44	11,62	41,67
3	1,95	9,26	50,93
4	1,76	8,37	59,30
5	1,37	6,55	65,85

Método de extracção: Análise dos componentes principais

Através da análise da matriz de componentes depois de aplicado o método de rotação varimax verifica-se que os itens que mais saturam o componente 1 são: SADQ9, SADQ11, SADQ12, SADQ13, SADQ14, SADQ15, SADQ16, SADQ18 e SADQ20. Os que mais saturam o componente 2 são: SADQ1, SADQ3, SADQ4, SADQ6, SADQ7, SADQ8 e SADQ10. Para o componente 3 são: SADQ17 e SADQ21. Relativamente ao componente 4, são os itens SADQ2 e SADQ6. Finalmente, no que diz respeito ao componente 5, o item que mais o satura é o SADQ19.

Os domínios encontrados por cada componente são: 1) interacção; 2) humor; 3) aspectos vegetativos; 4) aspectos somáticos e 5) energia.

Os resultados do teste de Mann-Whitney demonstram que os valores totais do SADQ-21 nas pessoas com e sem afasia são significativamente diferentes ($p = 0,000$).

Comparando os resultados do SADQ-21 para os indivíduos com e sem afasia verifica-se que os primeiros estão significativamente mais deprimidos que os segundos (Quadro 3).

Quadro 3: Resultados do SADQ-21 para os indivíduos com e sem afasia

Grupo	n	Média ± DP
<i>Pessoas sem afasia</i>	87	13,45 ± 6,70
<i>Pessoas com afasia</i>	33	26,30 ± 10,16
<i>Total</i>	120	16,98 ± 9,67

A validade de critério foi feita pela correlação dos valores da CES-D (medida de ouro) com os valores obtidos no SADQ-21, para os indivíduos sem afasia. Para o efeito, a amostra não segue uma

distribuição normal ($p = 0,01$ para a CES-D e $p = 0,007$ para o SADQ-21). O teste de Spearman revela uma associação linear positiva estatisticamente significativa ($\rho = 0,365$, $p = 0,001$)

4. DISCUSSÃO

No estudo original, o valor de alfa de Cronbach encontrado para o SADQ-21 foi de 0,82 (Sutcliffe & Lincoln, 1998), na validação portuguesa de 0,77 (Rodrigues, Santos & Leal, 2006) e na presente investigação de 0,87, revelando um valor de consistência interna muito elevado e superior ao encontrado no estudo com a população portuguesa e no estudo original. Na versão original, foram encontrados 5 componentes para o SADQ-21. De referir que o cálculo destes componentes foi realizado incluindo os itens da HAD e do WDI (Sutcliffe & Lincoln, 1998). No estudo de validação para a população portuguesa não foram determinados factores/componentes (Rodrigues, Santos & Leal, 2006). À semelhança da versão original, no presente estudo foram também encontrados 5 factores e para a sua determinação foram usados exclusivamente os itens do SADQ-21. Esses factores explicam 65,85% da variância total, sendo que o factor um explica 30% dessa variância. Estes valores demonstram que o instrumento explica correctamente aquilo a que se propõe. Curiosamente, verifica-se que oito dos nove itens do factor que mais explica a variância total (factor um) pertencem exclusivamente à versão SADQ-21. Apenas o item SADQ9 é parte integrante da versão SADQ-10. De acordo com os factores encontrados por Sutcliffe e Lincoln (1998) foram determinados os seguintes domínios: humor negativo, interacção social, perda de interesse, relacionado com o sono e apatia. No presente estudo, os domínios encontrados relacionam-se com: interacção, humor, aspectos vegetativos, aspectos somáticos e energia. Verifica-se que alguns domínios são idênticos aos encontrados pelos autores referidos anteriormente, outros, como os aspectos vegetativos, somáticos e energia, relacionam-se com os encontrados em escalas como a CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2004). A justificação para esta variabilidade em relação ao estudo original pode estar relacionada com a inclusão dos itens das medidas de ouro no estudo original. Do ponto de vista teórico, verifica-se que a distribuição de itens encontrada no presente estudo tem sustentabilidade.

No estudo de Sutcliffe e Lincoln (1998), a validade de critério do SADQ-21 foi obtida por correlação com duas medidas, a HAD e o WDI. Os valores encontrados ($r = 0,22$ e $r = 0,52$, respectivamente; $p < 0,01$) demonstram uma correlação baixa com a HAD e moderada com o WDI, ambas estatisticamente significativas. Na validação portuguesa, a correlação encontrada entre o SADQ-21 e a CES-D foi muito elevada e estatisticamente significativa ($r = 0,94$, $p < 0,000$) (Rodrigues, Santos & Leal, 2006). No presente estudo a medida de ouro usada foi a mesma que na investigação de Rodrigues, Santos e Leal (2006). Os resultados da validade de critério aproximam-se dos valores do estudo original, encontrando-se uma associação linear positiva estatisticamente significativa ($\rho = 0,365$; $p < 0,001$), o que demonstra que os comportamentos avaliados pelo SADQ-21 estão associados ao humor, tal como avaliado pela CES-D. Estes resultados são aceitáveis tendo em conta a natureza da aplicação das duas escalas. Sabendo que uma escala é administrada por auto-avaliação e outra por hetero-avaliação, é expectável que os resultados não apresentem uma correlação elevada.

Averiguando acerca das diferenças de sintomatologia depressiva para as pessoas com afasia e sem afasia verificamos que os indivíduos com afasia apresentam valores bastante mais elevados, sendo as diferenças significativas. Estes resultados estão de acordo com os estudos que confirmam a elevada incidência de sintomatologia depressiva em pessoas com AVC e/ou afasia comparativamente a outros (e.g. Åstrom, Adolfsson & Asplund, 1993; Rodrigues, Santos & Leal, 2006). Juntamente com todos os outros dados do estudo, estes valores indicam que o SADQ-21 é um instrumento adequado para avaliar a sintomatologia depressiva na população específica a que se destina.

Sabendo que uma medida é válida quando mede aquilo que deve medir e, como tal, apenas deve ser aplicada à população a que se destina, verificar a maior parte dos pressupostos com indivíduos com e sem afasia e testar a validade de critério recorrendo a indivíduos sem afasia constitui uma limitação, contudo, é compatível com os estudos já realizados neste âmbito e especificamente com o SADQ (Rodrigues, Santos & Leal, 2006; Sutcliffe & Lincoln, 1998). A sua justificação prende-se com o facto de não existirem mais instrumentos que avaliem o humor nesta população específica e, por conseguinte, não estarem disponíveis medidas de ouro que pudessem ser usadas. Pela particularidade das pessoas com afasia, a resposta a instrumentos não adaptados às suas competências é muito difícil, pelo que, por não conseguirem responder à CES-D, optou-se por excluí-los aquando da determinação da validade de critério.

Com os resultados apresentados, é corroborado que o SADQ-21 é um instrumento adequado para a avaliação da sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia. Contudo, mais investigação é necessária para que as pessoas com afasia sejam devidamente avaliadas do ponto de vista das emoções, para que se compreenda melhor as implicações das alterações do humor ao nível da sua vida e assim melhor responder às suas necessidades.

5. CONCLUSÃO

O resultado do estudo da consistência interna do SADQ-21 revela que o instrumento tem um nível de fiabilidade interna muito elevado e que os itens que mais contribuem para esse resultado correspondem a itens exclusivos da versão de 21 itens.

O número de factores encontrados é igual ao da versão original, sendo que a variância total explicada pelos mesmos demonstra que o instrumento avalia correctamente aquilo a que se propõe. Os factores que explicam a maior parte da variância total são os que apresentam um valor de consistência interna mais elevado.

Os domínios encontrados foram ligeiramente diferentes do estudo original, contudo, compatíveis com o estudo da sintomatologia depressiva.

Os valores da validade de critério obtidos foram estatisticamente significativos e próximos dos valores do estudo original. Estes resultados explicam-se pela natureza de aplicação dos dois questionários, um é de auto-avaliação e outro de hetero-avaliação.

Relativamente à incidência de sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia, tal como no estudo da validação do SADQ-21 para a população portuguesa, verificou-se que as pessoas com afasia apresentam níveis de sintomatologia depressiva significativamente mais elevados. Significa que o SADQ-21 é um instrumento sensível para a avaliação da sintomatologia depressiva na população a que se destina (indivíduos com afasia).

Pelos resultados apresentados, podemos concluir que a versão portuguesa do SADQ-21 é válida para a avaliação da sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Department of Communication Sciences and Disorders, Florida International University.
- Åström, M., Adolfsson, R. & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients: a 3-years longitudinal study. *Stroke*, 24, 976-982.
- Barata, S. P., Henriques, I., Silva, R. L., Mateus, S., Rebocho, L. (2004). Depressão pós-A.V.C. *Sinapse*, 2 (4), 28-31.
- Benson, F. & Ardila, A (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. USA: Oxford university Press.
- 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.
- Bullain, M., Chriki, L. & Stern, T. (1990). Aphasia: Associated disturbances in affect, behavior and cognition in the setting of speech and language difficulties. *Psychosomatics*, 48:3, 258-264
- Burvill, P., Johnson, G., Jamrozik, K., Anderson, C. & Stewart-Wynne, E. (1997). Risk factors for post-stroke depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 219-226.
- Caldas, A. C. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Chemerinski, E. & Robinson, R. (2000). Neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*, 41 (1), 5-14.
- Damásio, A. R. (1973). *Perturbações neurológicas da linguagem e de outras funções simbólicas*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ferro, J. M. (1896). *Neurologia do comportamento: Estudo de correlação com a tomografia axial computadorizada*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Frattali, C., Grafman, J. (2005). Language and discourse deficits following prefrontal cortex damage. In Lapoint, L.L. (Eds), *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders* (3^a Ed., pp. 51-67). New York: Thieme
- Gainotti, G. (1997). Emotional psychological and psychosocial problems of aphasic patients: An introduction. *Aphasiology*, 11(7), 635-650.
- 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.
- Helm-Estabrooks, N. & Albert, M. (1994). *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Huffman, J. & Stern, T. A. (2003). Acute psychiatric manifestations of stroke: a clinical case conference. *Psychosomatics*, 44 (1), 65-75.
- Kauhanen, M., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Maatta, R., Mononen, H., P., Brusin, E., Sotaniemi, K. A. & Myllyla, V. V. (2000). Aphasia depression and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10 (6), 455-461.
- LaPoint, L. L. (2005). Foundations: adaptation, accommodation, aristos. In L.L. LaPoint (Ed.) *Aphasia and related neurogenic language disorders* (3^a ed., pp.1-18). New York: Thieme.
- Leeds, L., Meara, R. & Hobson, J. (2004). The utility of the Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ) in stroke rehabilitation unit. *Clinical Rehabilitation*, 18 (2), 228-231.
- Lincoln, N. B.; Sutcliffe, L. M. & Unsworth, G. (2000). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital. *Clinical Neuropsychology*, 1, 88-96.
- MacHale, S.M., O'Rourke, S. J., Wardlaw, J. M. & Dennis, M. S. (1998). Depression and its relation to lesion location after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 64, 371-374.
- Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Traballese, M., Grasso, M. & Lubich, S. (1999). Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 985-990.
- Patrício, B. & Santos, M. E. (2007). *Sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia crónica*. Alcoitão: Universidade Católica Portuguesa e Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Dissertação de Mestrado.
- Peña-Casanova, J., Manero, R. M. & Bertran-Serra I. (1995). Aspectos psicológicos neuropsiquiátricos y conductuales de los afásicos. Aspectos sociales y terapia en grupo. In J. Peña-Casanova, M. P. Pamies (Eds.), *Rehabilitación de la Afasia y Transtornos Asociados* (2^a ed., pp.271-278). Barcelona: Masson.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C. (2001). *Beyond aphasia: therapies for living with communication disability*. United Kingdom: Speechmark Publishing Ltd.
- Robinson, R. G. (1997). Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annual Review of Medicine*, 48, 217-229.
- 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.
- Starkstein, S. & Robinson, R. G. (1988). Aphasia and depression. *Aphasiology*, 2 (1), 1-20.
- 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.
- Thomas, S. A. & Lincoln, N. B. (2006). Factors relating to depression after stroke. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45 (1), 49-61.
- Währborg, P. (1991). *Assessment and management of emotional and psychosocial reactions to brain damage and aphasia*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Whyte, E. M. & Mulsant, B. H. (2002). Post-stroke depression: Epidemiology, pathophysiology and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52 (3), 253-264.