

Ricardo Miguel Lourenço Correia

Incapacidade Funcional em Doentes com Acidente Vascular Cerebral seis meses após a sua ocorrência.

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - 4ª edição



Outubro de 2015

Ricardo Miguel Lourenço Correia

**Incapacidade Funcional em Doentes com Acidente
Vascular Cerebral seis meses após a sua ocorrência.**

Relatório Final

4º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins

Outubro de 2015



“Acho que damos pouca atenção àquilo que efectivamente decide tudo na nossa vida, ao órgão que levamos dentro da cabeça: o cérebro. Tudo quanto estamos por aqui a dizer é um produto dos poderes ou das capacidades do cérebro: a linguagem, o vocabulário mais ou menos extenso, mais ou menos rico, mais ou menos expressivo, as crenças, os amores, os ódios, Deus e o diabo, tudo está dentro da nossa cabeça. Fora da nossa cabeça não há nada”

Saramago, 2008

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento. Pela sua sabedoria e postura académica, grata por todo o tempo que me dispensou.

Aos participantes deste estudo deixo a minha gratidão pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

Aos profissionais da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), em especial às equipas multidisciplinares do serviço de consulta externa e Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral) pela disponibilidade e apoio, sem os quais este trabalho não seria possível.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram, e sem os quais a minha existência perde o significado.

A todos o meu bem-haja.

Dedicatória

À minha esposa Cláudia que esteve sempre presente.

Resumo

Enquadramento: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia com profundas implicações na funcionalidade das pessoas, com efeitos significativos não só ao nível do funcionamento físico, mas também a nível emocional, familiar, social e económico.

Objetivos: Avaliar níveis de funcionalidade nas pessoas com AVC seis meses após a sua ocorrência e analisar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas e funcionalidade familiar.

Métodos: Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo. Foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 72 pessoas com AVC há mais de seis meses, que são acompanhadas na Consulta Externa do Hospital Sousa Martins da Guarda. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados que integra uma secção de caracterização sócio demográfica e clínica, o Índice de Barthel e a Escala de Apgar Familiar.

Resultados: Constatou-se que após seis meses da ocorrência do AVC 44,4% dos inquiridos apresenta uma incapacidade ligeira, 36,1% uma incapacidade moderada e 19,4% uma incapacidade grave. Verificámos que, a idade ($p=0,000$), o género ($p=0,006$), a coabitação ($p=0,002$) e o rendimento familiar ($p=0,019$) se correlacionam significativamente com a capacidade funcional das pessoas, em algumas dimensões. Paralelamente, o alcoolismo ($p=0,006$), tabagismo ($p=0,050$), diabetes mellitus ($p=0,000$), stresse ($p=0,050$) e hipertensão arterial ($p=0,050$) interferem igualmente nessa capacidade, assim como o local de AVC. Em relação à realização de programas de reabilitação existe uma correlação negativa mas significativa ($p=0,028$).

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo reforçam o paradigma de que os fatores de risco se associam a uma pior capacidade funcional nas pessoas com AVC. Neste sentido, a adoção de medidas preventivas no controle destes fatores, a promoção de hábitos de vida saudáveis e a implementação precoce de programas de reabilitação estruturados são estratégias fundamentais na minimização do impacto negativo que esta doença acarreta na qualidade de vida das Pessoas.

Palavras-chave: Doente, Acidente Vascular Cerebral, (in)capacidade funcional.

Abstract

Background: The Stroke or Cerebral Vascular Accident (CVA) is a pathology with extremely implications in people functionality with a high impact not only physical but also emotional, familiar, social and economical.

Aims/Goals: Assess the functionality levels in people six months after suffered from a CVA and analyse the relation between the variables socio demographics, clinical and family functioning.

Methodology: It is a non experimental, cross sectional, descriptive correlational and quantitative study. It was done a non-probabilistic sample per convenience formed by 72 people who have suffered from CVA more than 6 months and are followed in the clinic of Sousa Martins Hospital in Guarda. For the variable measurement the tool used for the sample collection combines a socio demographic and medical section, the Barthel Index and the Apgar Family Scale.

Results: It was shown that after 6 months post CVA, 44,4% of the respondents have a slightly incapacity, 36,1% moderate incapacity and 19,4% a serious incapacity. It was noticed that age ($p=0,000$), gender ($p=0,006$), cohabitation ($p=0,002$) and the family income ($p=0,0019$) are profoundly related with people functionality capacity in some dimensions. In the same way alcohol habits ($p=0,006$), smoking habits ($p=0,050$), diabetes mellitus ($p=0,000$), stress ($p=0,050$) and hypertension ($p=0,050$) affect equally in that capacity as well as the brain area obstructed/affected. Related to the rehabilitation programs there is a negative correlation that is significant ($p=0,028$).

Conclusion: Evidence found in this study highlight the paradigm which risk factors are associated to a worse functional capacity in people who suffered CVA. Following this idea, implementation of preventive measures controlling these factors, promoting good health habits and the early starting of structured rehabilitation programs are fundamental in the minimisation of the negative impact that CVA causes in people's quality of life.

Keywords: Patient, Cerebral Vascular Accident, functional (in)capacity

ÍNDICE

Lista de Tabelas.....	15
Lista de Quadros.....	17
Lista de Figuras.....	19
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	21
Lista de Símbolos.....	23
Introdução.....	25
1ª PARTE – Enquadramento Teórico.....	29
1 - Acidente Vascular Cerebral	31
1.1 - Tipos de Acidente Vascular Cerebral	33
1.2 - Fatores de Risco de AVC.....	35
1.2.1 - Fatores de Risco Não Modificáveis	36
1.2.2 - Fatores de Risco Modificáveis.....	37
1.3 - Tratamento	40
2 - Incapacidade Funcional	43
2.1 – Reabilitação do doente após AVC.....	46
2.2 – A importância da família em utentes que sofreram AVC.....	48
2ª PARTE – Estudo Empírico	51
3 - Metodologia	53
3.1 – Questão de Investigação	53
3.2 – Tipo de Estudo	54
3.3 – Objetivos.....	55
3.4 Variáveis	55
3.5 Hipoteses	56
3.6 - População e Amostra.....	57
3.7 - Procedimentos e questões éticas.....	57
3.8 - Instrumento de Colheita de dados.....	58

3.9 – Tratamento estatístico	62
4 - Apresentação e Análise dos Resultados	65
4.1- Análise Descritiva.....	65
4.2 - Análise Inferencial.....	78
5 - Discussão dos resultados.....	91
6. Conclusão	95
7. Lista de Referências	99
APÊNDICE I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados	113
APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado.....	117
APÊNDICE III – Autorização do Conselho de Administração da ULSG	121
APÊNDICE IV – Instrumento Colheita de Dados.....	125

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados.....	58
Tabela 2 – Estatística relativa à idade por género.....	66
Tabela 3 – Distribuição relativa à caracterização sociodemográfica.....	67
Tabela 4 – Distribuição relativa às variáveis clínicas.....	69
Tabela 5 – Estatística relativa à funcionalidade familiar.....	70
Tabela 6 – Distribuição relativa à satisfação dos participantes quanto aos aspetos básicos da funcionalidade.....	71
Tabela 7 – Estatísticas relativas à Funcionalidade Familiar.....	72
Tabela 8 – Estatística relativa à Incapacidade funcional após seis meses	72
Tabela 9 – Incapacidade Funcional após seis meses.....	73
Tabela 10 – Relação entre a incapacidade funcional após seis meses de alta e as variáveis sociodemográficas.....	75
Tabela 11 – Relação entre a incapacidade funcional após seis meses de alta e as variáveis sociodemográficas.....	77
Tabela 12 – Relação entre a incapacidade funcional de a funcionalidade familiar.....	78
Tabela 13 – Teste Kruskal Wallis entre a idade e a incapacidade funcional após seis meses.....	79
Tabela 14 – Teste de U Mann- Whitney entre o género e a incapacidade funcional após seis meses.....	80
Tabela 15 - Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e a incapacidade funcional após seis meses.....	81
Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre a coabitação e a incapacidade funcional após seis meses.....	82

Tabela17 - Teste Kruskall Wallis entre as habilitações literárias e a incapacidade funcional após seis meses.....	83
Tabela 18 – Teste Kruskall Wallis entre o rendimento familiar e a incapacidade funcional após seis meses	84
Tabela 19- Teste U Mann-Whitney entre o tipo de AVC e a incapacidade funcional após seis meses.....	85
Tabela 20- Teste U Mann- Whitney entre o local de AVC e a incapacidade funcional após seis meses	86
Tabela 21- Correlação de Person entre a incapacidade funcional e os vários fatores de risco	86
Tabela 22 - Correlação de Person entre a incapacidade funcional e os vários fatores de risco.....	87
Tabela 23- Teste Kruskall Wallis entre a funcionalidade familiar e a incapacidade funcional após seis meses	88

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Distúrbios definitivos focais ou globais da função cerebral.....	32
Quadro 2 - Sintomas que por si só não diagnosticam AVC.....	32
Quadro 3 - Limitações do AVC do Hemisfério esquerdo / Hemisfério direito.....	35
Quadro 4 - Fatores de Risco do AVC.....	36
Quadro 5 - Critérios de seleção para fibrinólise.....	42
Quadro 6 - Questões da Escala de Apgar Familiar e respetivo aspeto básico.....	59
Quadro 7 - Instruções de Utilização do Índice de Barthel.....	61
Quadro 8 - Variáveis que exercem influencia com a incapacidade funcional.....	89

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Dinâmica do processo de incapacidade.....	44
Figura 2 – Modelo concetual das variáveis em estudo.....	56
Figura 3 - Níveis de incapacidade funcional.....	60

Lista de Abreviaturas e Siglas

AHA – American Heart Association

ASA – American Stroke Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVC's – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividades de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

cf – conforme

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio-padrão

ESO – European Stroke Organisation

et al. – e outros

Fem. – Feminino

HDL – High Density Lipoproteins

HTA – Hipertensão Arterial

K – Kurtosis

K/S – Kurtosis/Skewness

K-W – Teste de Kruskal-Wallis

Masc. – Masculino

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

N – Frequência absoluta

OM – Ordenação média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – página

r – Coeficiente de correlação de Pearson

SK – Skewness

Sk/erro – Skewness/error (assimetria)

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

U – Teste U de Mann-Whitney

Lista de Símbolos

% – percentagem

± - mais ou menos

< – menor que

≤ – menor ou igual

= – igual

> – maior que

≥ – maior ou igual

χ^2 – Qui-quadrado

α – alfa

€ - euro

Introdução

No ano de 2013, registaram-se em Portugal 106 545 óbitos, sendo uma das principais causas as doenças do aparelho circulatório (31 420 óbitos). Das mortes motivadas por doenças relacionadas com o aparelho circulatório sobressaem as doenças cerebrovasculares, com 12 253 óbitos, nas quais se incluem os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Pelos dados fornecidos pela Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), entre 2010 e 2014 estiveram internados na Unidade de AVC (U-AVC) 717 doentes, tendo falecido durante o internamento 125, o que representa uma taxa de mortalidade de cerca de 17%.

Os dados que vêm sendo publicitados pelo Instituto Nacional de Estatística são bem demonstrativos do impacto que o AVC tem na saúde das pessoas nos dias de hoje, sendo cada vez mais frequente em Portugal, provocando limitações que envolvem não só o indivíduo mas também a família e a própria comunidade em geral (Gonçalves, 2011, p.27).

De acordo com a concetualização proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o acidente vascular cerebral é uma doença cardiovascular causada pela interrupção do fornecimento de sangue para o cérebro, provocado por um dano a um vaso sanguíneo (acidente vascular cerebral hemorrágico) ou por um coágulo que bloqueia a circulação (acidente vascular cerebral isquémico). Tanto numa situação como na outra, há diminuição ou ausência do fornecimento de oxigénio e respetivos nutrientes, causando danos ao tecido cerebral (OMS, 2015).

Para Silva (2012, p.3), os sintomas mais comuns desta doença são a perda repentina da força muscular de um ou mais membros, parestesias da face, podendo também ser precedido por confusão, dificuldade em falar, desvio da comissura labial, cefaleia, desmaio ou perda de consciência. Dependendo do grau de gravidade, o AVC pode causar morte imediata.

Como já referimos, em Portugal, à semelhança de outros países industrializados, o AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo também a principal causa de internamento hospitalar e de incapacidade prolongada (Gonçalves, 2011, p.27).

A capacidade funcional e a dependência funcional são conceitos que fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e

Desvantagens da OMS, utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais Atividades de Vida Diárias (AVD's) sem auxílio (Santos, 2011, p.12).

Assim, assume-se que a capacidade funcional existe quando o indivíduo consegue manter as habilidades físicas e mentais necessárias ao exercício de uma vida independente e autónoma. Contrariamente e de acordo com a OMS (1989), citado por Pereira (2014, p.16), a incapacidade funcional corresponde à restrição ou carência de habilidade para realizar uma atividade normalmente.

O comprometimento na realização com maior ou menor dificuldade das AVD's vai condicionar o desempenho satisfatório das mesmas, potenciando deste modo graus de dependência funcional variáveis nos doentes que sofrem AVC's.

A importância de controlar precocemente estas incapacidades através de processos de reabilitação ajustados são fundamentais e o enfermeiro especialista em reabilitação pode ser um elemento fundamental neste processo.

Existem várias escalas que avaliam a capacidade funcional, contudo o Índice de Barthel tem sido o mais utilizado, devido à sua facilidade de aplicação, pois trata-se de um instrumento confiável que beneficia a avaliação de indivíduos idosos, doentes crónicos e em longos períodos de recuperação hospitalar (Mahoney & Barthel, 1965 citado em Sequeira, 2010, p.141). Por estas razões foi o instrumento de colheita de dados por nós selecionado.

Face ao exposto, decidimos enveredar pelo estudo que intitulamos “ Incapacidade Funcional em doentes com AVC após seis meses”, no sentido de avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes que sofreram AVC há pelo menos seis meses e que tenham estados internados na U-AVC da ULSG.

Em nossa opinião, trata-se de um estudo bastante pertinente não só para os doentes, famílias e cuidadores mas também para os profissionais e instituições de saúde.

Temos consciência de que com este trabalho não conseguiremos encontrar soluções nem dar respostas a todos os problemas que os doentes enfrentam, no entanto, esperamos conseguir fazer um ponto da situação, que nos permita adotar medidas ajustadas às diferentes situações que possam ir ao encontro das necessidades de cada doente/família, no contexto específico em que nos inserimos.

Nesta perspetiva, pretendemos com este estudo atingir os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
- Identificar a funcionalidade familiar percebida pelos participantes no estudo;
- Avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes após seis meses;

- Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, a funcionalidade familiar com a incapacidade funcional dos participantes.

O documento aqui apresentado encontra-se deste modo dividido em duas partes: a primeira, que designamos de enquadramento teórico, consiste na fundamentação do trabalho e tem como finalidade fazer uma abordagem sobre a temática central do AVC (fatores de risco, tipo e localização do AVC, bem como o seu tratamento e reabilitação) e sobre a incapacidade funcional.

A segunda parte, que designamos de trabalho empírico, integra diferentes capítulos, nomeadamente a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados (com análise estatística descritiva e inferencial), a discussão dos resultados à luz da bibliografia consultada e as principais conclusões do estudo.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

Procurámos nesta parte do trabalho reunir e analisar a informação recente, disponível e essencial relativamente à temática em estudo, constituindo deste modo o seu referencial teórico.

1 - Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal com uma relação direta com o envelhecimento, podendo no entanto aparecer em qualquer idade. A taxa de mortalidade em 2010 atinge os 200 por 100.000 habitantes por ano, segundo a Sociedade Portuguesa Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) citado por Cerveira (2011, p.17) e é responsável por 25 mil internamentos por ano em Portugal, apresentando níveis de dependência significativos.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) citado por Branco e Santos (2010, p.9), em Portugal existe uma média anual de 22500 internamentos por AVC, o que constitui quase 5% do total de internamentos. Os dados referem ainda que nos primeiros três meses um terço destes doentes morre e aproximadamente 70% daqueles que sobrevivem ficam com alguma incapacidade.

Trata-se de um problema mundial pois, anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de AVC. Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados (Mackay & Mensah, 2004) citado por (Silva, 2012, p.3).

Vimos deste modo que o AVC, ao ser considerado uma condição de saúde prevalente de grande relevância em termos de saúde pública, apresenta-se como uma causa comum de morbilidade e mortalidade, constituindo a terceira causa de morte nos países industrializados. Em Portugal o fenómeno é similar, constituindo além disso a primeira causa de morte (DGS, 2010; Salgueiro, 2011; Menoita, 2012), e a principal causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diárias (DGS, 2010; Rangel, Belasco & Diccini, 2013).

Sabemos que o AVC acontece quando ocorre uma interrupção do aporte de sangue ao cérebro, ou seja, quando um vaso sanguíneo rompe (hemorrágico) ou é bloqueado por um coágulo (isquémico) (Manual Merck, 2015).

De acordo com a OMS (2006, p.6), o AVC é um termo que descreve um défice neurológico focal ou global agudo que persiste por mais de 24 horas e é causado pela interrupção da corrente sanguínea para o encéfalo. Este défice é de origem vascular e origina uma sintomatologia variada que inclui um ou mais dos distúrbios definitivos da função cerebral (Quadro 1):

Quadro 1: Distúrbios definitivos focais ou globais da função cerebral.

- Comprometimento motor unilateral ou bilateral (incluindo falta de coordenação);
- Comprometimento sensorial unilateral ou bilateral;
- Afasia/disfasia (falta de fluência da fala);
- Hemianopsia (comprometimento do campo visual de um lado);
- Desvio conjugado do olhar;
- Apraxia de início agudo;
- Ataxia de início agudo;
- Défice de percepção de início agudo.

Fonte: Adaptado Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS (2006, p.6)

Além dos sintomas anteriormente apresentados, outros podem também estar presentes, mas, não são adequados para o diagnóstico de AVC por si só, pois podem ocorrer noutras patologias (Quadro 2):

Quadro 2: Sintomas que por si só não diagnosticam AVC.

- Vertigem;
- Cefaleia localizada;
- Visão turva bilateralmente;
- Diplopia;
- Disartria;
- Comprometimento da função cognitiva (incluindo confusão);
- Alteração da consciência;
- Crises convulsivas;
- Disfagia.

Fonte: Adaptado OMS (2006, p.6). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais.

Ainda de acordo com a OMS, o AVC é uma doença resultante da combinação de vários fatores/comportamentos de risco que influenciam a probabilidade da sua ocorrência, sendo considerada por isso uma patologia de causa multifatorial (OMS, 2006, citado por Coelho 2011, p.18).

1.1 - Tipos de Acidente Vascular Cerebral

Para Diz (2012, p.15) os AVC's classificam-se em Isquêmicos e Hemorrágicos. Os Isquêmicos abrangem cerca de 85% dos AVC's. Estes resultam de uma redução do fluxo sanguíneo cerebral, produzida habitualmente pela oclusão de um vaso sanguíneo. Esta oclusão pode ser de natureza embólica ou trombótica. Os embólicos caracterizam-se por serem súbitos e o déficit atinge o seu máximo de uma forma quase imediata. São causados por êmbolos que circulam na corrente sanguínea e que subitamente obstruem uma artéria cerebral (Menoita, 2012, p.15).

Os AVC's podem também ser de origem trombótica, sendo estes cerca de 80 a 85 % dos AVC's isquêmicos, sendo assim o tipo de AVC que ocorre com maior frequência.

Os AVC's trombóticos surgem quando há acumulação de uma placa de ateroma no interior de um vaso, o que leva à redução da circulação de sangue nesse vaso, sendo por sua vez a estenose da carótida uma das suas principais causas (Brown & King, 2011, p.503).

Existe ainda bibliografia que prevê, dentro dos AVC's Isquêmicos, uma outra subdivisão, a qual se designa de Enfarte Lacunar. Este, segundo o Portal de Codificação e dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos, caracteriza-se por ser um pequeno enfarte ou AVC isquêmico que corresponde a 15-25% de todos os AVC's isquêmicos. Possui um prognóstico bem mais favorável que os embólicos e trombóticos. Os índices de sobrevivência em 30 dias e 1 ano são de aproximadamente 90-100%. Cerca de 70-80% dos pacientes vítimas de AVC lacunar encontram-se funcionalmente independentes após 1 ano. O enfarte lacunar é ocasionado por enfartes muito pequenos com menos de 1cm cúbico de tamanho, que ocorrem somente onde arteríolas perfurantes se ramificam diretamente de grandes vasos.

Os AVCs Hemorrágicos podem ser classificados em hemorragia sub-aracnoideia ou intracerebral, dependendo do local da mesma. A primeira ocorre no espaço entre as duas meninges, a pia-mater e aracnóide. Normalmente o indivíduo queixa-se de uma cefaleia muito intensa e apresenta limitações súbitas, podendo existir comprometimento da

consciência. Quanto à hemorragia intracerebral, esta provoca sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral (OMS, 2009, p.8).

Para Branco e Santos (2010, p.20) este tipo de AVC resulta da rutura de um vaso cerebral e é mais frequente em indivíduos hipertensos e com arteriosclerose.

Diz (2012, p.9), refere ainda que os Acidentes Isquémicos Transitórios são um outro fenómeno patológico que deriva de breves episódios, cuja duração deve ser inferior a 24 horas.

O diagnóstico de AVC é maioritariamente realizado através do exame neurológico, assim como de exames complementares de diagnóstico, tais como a Tomografia Axial Computorizada (TAC). Para o Alto Comissariado da Saúde (2007, p.50) o estudo de imagem é mais comum ser utilizado na fase aguda, podendo evidenciar-se o tipo do AVC, do território envolvido e até alterações do parênquima. No caso do AVC isquémico usualmente observa-se apagamento de sulcos, hipodensidade e em alguns casos imagens hiperdensas, correspondendo à transformação hemorrágica. Pode-se identificar, ainda, alterações do sistema ventricular e mesmo dos grandes vasos que podem apresentar calcificações e hiperdensidade, sugerindo oclusão.

Além da TAC, para o mesmo autor a ressonância nuclear magnética, apesar de ser uma técnica superior, necessita de maior tempo para sua realização, além da colaboração do paciente, o que frequentemente não é possível na fase aguda do AVC. Técnicas mais recentes auxiliam na decisão da terapêutica, com sequências de difusão e perfusão que permitem definir melhor a área de penumbra que é potencialmente recuperável.

De acordo com o Alto Comissariado da Saúde (2007, p.50), após definido o diagnóstico topográfico e a natureza do AVC, deve-se continuar o diagnóstico no sentido de se obter os parâmetros necessários ao tratamento de fase aguda e na tentativa de se definir o diagnóstico etiológico. Usualmente são solicitados na fase aguda: análises sanguíneas (hemograma, plaquetas, coagulação, glicemia, creatinina), eletrocardiograma e RX do tórax. No diagnóstico etiológico geralmente é empregado o estudo das grandes artérias cervicais com ecodoppler carotídeo e vertebral e, em alguns casos, angio-tomografia ou angio-ressonância, angiografia cerebral, ecocardiograma, holter, entre outros.

Independentemente do tipo de AVC, este vai trazer limitações causadas pela falta de irrigação da região cerebral afetada. Para Urden, Stacy e Lough (2008, p.765), a dimensão do AVC depende sobretudo do tamanho e localização do vaso ocluído e da disponibilidade de fluxo de sanguíneo contralateral.

Existe isquemia global quando a hipotensão grave ou a paragem cardiopulmonar provoca uma queda transitória de fluxo sanguíneo para todas as áreas do encéfalo, desenvolvendo-se em 10 a 20 % dos doentes com AVC isquémico edema cerebral suficiente para produzir deterioração clínica e que pode levar à hipertensão intracraniana. O

edema resulta de uma perda da função metabólica normal das células e atinge o pico em 3 a 5 dias. A hemorragia secundária no local da lesão do AVC, também conhecida como transformação hemorrágica, e as convulsões são outras duas complicações neurológicas do AVC isquêmico. A este respeito Humphred, Gibson e Jones (2010), citado por Antunes (2012, p.22), afirma que “as insuficiências neurológicas focais resultantes do AVC, seja embólico, trombótico ou hemorrágico, são um reflexo do tamanho e da localização da lesão e da quantidade do fluxo sanguíneo colateral”.

Assim dependendo da região e hemisfério afetado teremos determinadas lesões representadas no quadro 3.

Quadro 3 – Limitações do AVC do Hemisfério esquerdo / Hemisfério direito.

AVC do hemisfério esquerdo	AVC do hemisfério direito
Défices motores no hemicorpo direito	Défices motores no hemicorpo esquerdo
Défices do campo visual direito	Défices do campo visual esquerdo
Elevado nível de frustração/depressão por perdas	Aparente despreocupação com as perdas
Extrema ansiedade antes de tentar novas capacidades	Impulsividade, altamente desconcentrado
Défices de linguagem	Défices percepto-espaciais
Comportamento lento e cauteloso	Negação ou inconsciência dos défices
Défice intelectual	Falta de discernimento, sobrestima de capacidades

Fonte: Adaptado Phipps; Marek; Sandy - Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica. 2003; p.1983.

1.2 - Fatores de Risco de AVC

A abordagem do AVC implica obrigatoriamente fazer referência aos seus fatores de risco. Para Pires (2014, p.7), um fator de risco é uma condição ou um comportamento em que a probabilidade de desenvolverem determinada doença, neste caso AVC, é maior do que pessoas que não são consideradas de risco. Contudo não significa que quem não tenha nenhum fator ou comportamento de risco não possa ter um AVC e vice-versa.

A classificação apresentada pelo *National Institutes of Neurological Disorders and Stroke* (2013), citado por Pires (2014, p.7), divide os fatores de risco em controláveis e incontroláveis, contribuindo estes para a ocorrência de AVC.

Os fatores de risco controláveis são aqueles que se consideram modificáveis, isto é, aqueles que por ação do indivíduo se podem controlar, reduzir ou modificar. Incontroláveis são os fatores que não dependem da ação por si só do indivíduo, isto é, este não os consegue modificar. Neste sentido e tendo em conta os estudos pesquisados, optámos pela divisão dos fatores de risco em modificáveis e não modificáveis e, por uma questão de melhor sistematização, apresentamo-los no quadro seguinte:

Quadro 4 – Fatores de Risco do AVC.

Fatores de Risco Modificáveis	Fatores de Risco Não Modificáveis
Hipertensão Arterial (HTA)	Idade
Tabagismo	Género
Diabetes Mellitus	Hereditariedade
Dislipidémia	Raça
Consumo excessivo de álcool	
Doenças do coração	
Obesidade	
Sedentarismo	
Contracetivos orais	

Fonte: (Baseado em Pereira 2014; Pires, 2014; Barbosa, 2012; Coelho, 2011; Gonçalves, 2011; Marques 2012; Rua, 2012; Borges, 2013; Ferro, 2006)

1.2.1 - Fatores de Risco Não Modificáveis

Os fatores de risco não modificáveis que encontramos na diversa bibliografia consultada são: a idade, o género, a hereditariedade e a raça.

Idade

A idade constitui o principal fator apontado pela maioria dos autores e, segundo a *American Heart Association* (AHA) (2012) citada por Pires (2014, p.8), após os 55 anos de idade, a probabilidade de se sofrer um AVC é bastante maior, aumentando a sua incidência para o dobro de acordo com Branco e Santos (2010, p.13).

Género

Para a AHA / American Stroke Association (ASA) (2011, p.520) o género masculino tem uma probabilidade maior de sofrer AVC que o género feminino, sendo essa probabilidade mais elevada em 19%. Relativamente ao género foi comprovado que as concentrações elevadas de estrogénios nas mulheres antes da menopausa as protege contra o AVC, ficando o homem mais predisposto (Branco & Santos, 2010, p.13).

No entanto, há que referir que, também devido às alterações hormonais, as mulheres têm um risco aumentado de AVC aquando da gravidez, do parto e do período da menopausa, *cf. National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, (citado em Coelho, 2011, p.18).

Hereditariedade

No caso de indivíduos com antecedentes familiares que sofreram AVCs, aumenta a probabilidade da ocorrência do mesmo (*Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital*, citado em Pires, 2014, p.9).

Raça

Para AHA/ASA (2011, p.520), os indivíduos de raça negra apresentam maior risco de sofrer um AVC do que os indivíduos de raça caucasiana. Para Howard apud Branco e Santos (2010) citado por Pereira, S. (2014, p.36), esta maior propensão por parte da raça negra deve-se às diferenças socioeconómicas e comportamentais dos diferentes grupos. Segundo Barbosa (2012, p.16), os habitantes da África Ocidental e das Caraíbas têm o dobro de risco de ocorrência de AVC que os indivíduos caucasianos.

1.2.2 - Fatores de Risco Modificáveis

Os fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC são a Hipertensão Arterial (HTA), diabetes mellitus, hiperlipidémia, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e história de Acidente Isquémico Transitório anterior (Barbosa, 2012, p.16).

HTA

A HTA é silenciosa, não apresentando na maior parte dos casos sintomas. Normalmente, a maior parte das pessoas que não sabem que são hipertensas sofrerem o primeiro AVC. Pode-se reduzir o risco controlando a HTA com medicamentos, exercício e uma dieta saudável.

A relação entre a pressão arterial e o risco de AVC é bastante significativa, sendo gradual, isto é, quanto maior for a tensão arterial, maior será o risco de sofrer AVC, sendo a HTA um preditor de AVC. Este risco é quatro vezes superior nos indivíduos hipertensos (AHA/ASA, 2011, p.526).

Segundo Martins (2015, p.27), em Portugal, cerca de 80% das pessoas sabem que são hipertensas, 75% estão tratadas, mas apenas 40% são controladas, sendo, neste sentido, a HTA considerada um importante fator de risco.

Tabagismo

Segundo a *National Stroke Association*, citado por Pires (2014, p.9), fumar dobra o risco de AVC. Para Rocha et al e Pires et al., citados em Coelho (2011, p.19), o facto de um indivíduo cessar os hábitos tabágicos diminui a probabilidade de ter AVC para níveis iguais aos de um não fumador em 2 ou 3 anos. O tabagismo constitui assim, a seguir à HTA e à idade, um dos fatores de risco mais relevantes.

Neste sentido, a DGS (2006) tem vindo a promover a melhoria da divulgação da informação sobre os malefícios do tabaco e a incentivar a desabitação tabágica e a adoção de estilos de vida saudáveis, como está plasmado na circular normativa da DGS para o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. No mesmo documento é delineada uma estratégia de combate ao tabagismo, a partir da qual se sugere a implementação de medidas, tais como a criação de consultas de cessão tabágicas, a inclusão da temática nos programas de saúde escolar e laboral, de forma a conseguir-se a redução de novos fumadores e também o aumento do número de ex-fumadores.

Diabetes Mellitus

Pires (2014, p.9) dizem-nos que pessoas que têm Diabetes Mellitus apresentam uma maior probabilidade de sofrer um AVC devido a problemas circulatórios causados pela mesma. Quanto mais descompensados estiverem os níveis de glicose, maiores serão os danos causados aquando do AVC. Para a mesma autora, a incidência de AVC nas mulheres diabéticas é maior do que nos homens.

Branco e Santos (2010, p.14) dizem-nos que a pessoa diabética apresenta uma maior taxa de mortalidade, assim como incapacidades mais graves, tendo um potencial de recuperação mais reduzido, comparativamente a doentes que não são diabéticos.

Dislipidémia

A dislipidémia está também relacionada diretamente com o risco de AVC isquémico, uma vez que contribui para o desenvolvimento da aterosclerose.

Gonçalves (2011, p.30) citando Ferro (2006) demonstrara que valores altos de colesterol aumentam o risco de AVC isquémico e que valores muito baixos estão associados a um aumento do risco de AVC hemorrágico.

Pereira, S. (2014, p. 38) diz-nos que o colesterol total elevado e o colesterol High Density Lipoproteins (HDL) baixo são fatores de risco para AVC isquémico em ambos os sexos. Para os mesmos autores, citando Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), este é um dos principais fatores de risco de AVC, principalmente nos utentes diabéticos com antecedentes de HTA.

Consumo excessivo de álcool

Branco e Santos (2010, p.15) dizem-nos que o abuso de álcool provoca um aumento da pressão sanguínea, o que constitui um fator de risco para os AVC's isquémicos e hemorrágicos. Borges (2013, p.20) descrevem um estudo de Vilas *et al.* (2001) sobre a prevalência do AVC hemorrágico, a partir do qual se chegou à conclusão que cerca de 21 a 39% dos casos tinham como fator de risco presente o etilismo crónico.

Doenças do coração

Para Pereira (2014, p.38) citando Sacco (2002), as cardiopatias como as valvulopatias cardíacas, enfarte do miocárdio, coronariopatias, insuficiência cardíaca congestiva e o prolapso da válvula mitral estão claramente relacionadas com um maior risco de AVC isquémico. Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital (2012), citado em Pires (2014, p.7), diz-nos que quem apresente distúrbios do ritmo cardíaco apresentará o dobro do risco de ter um AVC.

Rua (2012, p.24) considera que a doença valvular e a fibrilhação auricular constituem fatores de risco para o AVC. A fibrilhação é a arritmia mais frequente no idoso, aumentando esse risco com a idade.

Obesidade

Para Pires (2014, p.10) citando o National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2008), o risco de HTA aumenta para o dobro em pessoas obesas.

O excesso de peso é verificado cada vez mais na população europeia, não ficando de fora a população portuguesa. Associados à obesidade encontram-se outros fatores, tais como a HTA, a dislipidémia e a Diabetes Mellitus, todos eles relacionados com o risco de AVC, sendo que a existência de obesidade implica o aumento de oito vezes na incidência de HTA (Barbosa, 2012, p.17).

Sedentarismo

A atividade física é fundamental para a prevenção do AVC e para a correção de alguns dos fatores de risco vasculares, tais como a hipertensão, a diabetes e a dislipidemia.

Pires (2014, p.9), citando Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital (2012), dizem-nos que a falta de exercício físico aumenta o risco de AVC, assim como a prática de exercício físico de 30 a 40 minutos, pelo menos três ou quatro vezes por semana, reduz significativamente a tensão arterial, aumentando os níveis de concentração de HDL.

Para a DGS (2012, p.1), a adoção de estilos de vida saudáveis, como sendo a realização de exercício físico (combatendo assim o sedentarismo), o equilíbrio da dieta (prevenindo a obesidade) e a abstinência tabágica, associados ao controlo e à correção dos fatores de risco modificáveis (como são a hipertensão arterial, a dislipidemia e a diabetes) são componentes fundamentais na estratégia de prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares.

Martins (2002) citado em Rua (2012, p.23) considera que a adoção de determinados estilos de vida pode aumentar a probabilidade de um indivíduo ou da população desenvolverem determinada patologia.

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco implica que se tenha especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção.

1.3 - Tratamento

As vítimas de AVC experienciam uma série de dificuldades, sendo as mais relevantes, a perda do controlo voluntário dos movimentos normais, a dificuldade para engolir, a incontinência, os problemas sensoriais, psicológicos e emocionais, bem como a compreensão e linguagem. São, por isso, doentes com um grau de dependência elevada, com um risco muito grande de morbilidades e de grandes consequências sociais.

O tratamento do AVC tem evoluído significativamente nas últimas décadas, também devido ao aumento significativo de AVC.

De acordo com European Stroke Initiative (2003, p.314) a existência de U- AVC ao longo do país permitiu a redução significativa da mortalidade por AVC.

As unidades de AVC agudas admitem doentes agudos e continuam o tratamento ao longo de vários dias, enquanto as unidades de AVC integradas admitem de forma aguda e continuam o tratamento e reabilitação durante diversas semanas se necessário. As unidades de reabilitação de AVC admitem doentes após 1-2 semanas do início e continuam o

tratamento e reabilitação durante diversas semanas se necessário. (Ferro, Fonseca & Henriques, 2008, p. 20).

Com a criação de U-AVC conseguiu reduzir-se significativamente o internamento a nível hospitalar, a incapacidade funcional dos doentes, as complicações pós-AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos. Assim, também se consegue facilitar o retorno ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho.

Os doentes com AVC deveriam ter acesso, na fase aguda, a cuidados diferenciados, vocacionados para o tratamento de tais situações.

De acordo com o Documento orientador sobre as Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do AVC do Alto Comissariado da Saúde (2007) citado por Ricardo (2012, p.41), vem comprovar-se que o tratamento de doentes com AVC isquémico nestas unidades reduz significativamente a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional comparativamente ao tratamento numa enfermaria convencional.

A par do aparecimento das U-AVC, a criação da Via Verde de AVC também contribuiu para a realização uma avaliação rápida das situações, o que possibilitou identificar em tempo útil um maior número de casos em que foi possível beneficiar de terapêutica na fase aguda (DGS, 2010, p.XI).

Este aparecimento despoletou, segundo os mesmos autores, a necessidade de informar e sensibilizar as populações quanto aos sinais de alerta (assimetria da face, perda de força motora num dos membros e alterações da fala).

Após verificação destes sinais de alerta, deverá ser acionada a Via Verde de AVC através do número nacional de emergência médica que iniciará todo o processo. À chegada ao hospital deverá ser acionada a via verde intra-hospitalar, tornando assim possível realizar em tempo útil exames auxiliares de diagnóstico. O doente deverá ser avaliado segundo a escala de Cincinatti (Cincinatti Stroke Scale – FAST), tendo em conta a pesquisa dos sinais de alerta e a hora e minutos em que se instalou a sintomatologia. No caso de o doente cumprir todos os pressupostos de seleção para fibrinólise, este deverá ser preparado para tal e levado à U-AVC para a realização do tratamento.

Apresentamos no quadro 5 os critérios de seleção que devem ser considerados para a realização da fibrinólise:

Quadro 5 – Critérios de seleção para fibrinólise.

- Idade >18 anos e <80 anos (Classe III, Nível de Evidencia C *European Stroke Organisation* (ESO) 2008).
- Tempo <4h30 (Classe III, Nível de Evidencia B ; ESO 2008).
- TAC sem hemorragia.
- Tensão Arterial (TA) ≤ 185/100mmHg (sem medidas agressivas).
- Ausência de regressão rápida dos sintomas de AVC minor.
- Ausência de sintomas sugestivos de Hemorragia Digestiva Alta.
- Ausência de convulsões na instalação do AVC.
- Ausência de AVC ou Traumatismo Crânio-encefálico nos últimos 3 meses.
- Ausência de cirurgia nos últimos 14 dias.
- Ausência de história de Hipertensão Intracraniana.
- Ausência de hemorragia gastrointestinal ou urinária ativa.
- Ausência de punções arteriais em local não suscetível a compressão < a 7 dias.
- *International Normalised Ratio* (INR) < 1,7.
- *Activated Partial Thromboplastin Time* (APTT) normal se recebeu heparina <48 horas.
- Plaquetas ≥ 100000 /mm³.
- Glicémia >50 mg/dl e < 400mg/dl.

Fonte: Adaptado de DGS (2010, p.29) - Acidente Vascular Cerebral – Itinerários clínicos.

A fibrinólise está contra indicada em história prévia de hemorragia, anticoagulação oral e em lesões do Sistema Nervoso Central (neoplasias, aneurismas, cirurgia e malformações arteriovenosas, renitopatia hemorrágica, endocardite, pericardite). Doentes sujeitos a massagem cardíaca há menos de dez dias, ou com patologias como pancreatite aguda, doença hepática grave, úlcera gastrointestinal e varizes esofágicas também estão contraindicados para a realização deste tratamento. O mesmo tratamento não se recomenda caso a pontuação da escala *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) for superior a 25, ou caso a TAC apresente edema cerebral, efeito de massa ou sinais precoces de enfarte superior a 33% do território da artéria cerebral média (DGS, 2010, p.29).

2 - Incapacidade Funcional

O AVC, sendo uma lesão vascular com alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, pode afetar múltiplas funções: motoras, sensoriais, comunicacionais, emocionais e cognitivas. A incapacidade vai depender do número e da gravidade das deficiências que limitam o indivíduo no seu dia-a-dia.

Apesar dos inúmeros avanços relacionados com a prevenção e tratamento do AVC, este continua a ser a doença crónica mais incapacitante (Costa, 2010, p.32).

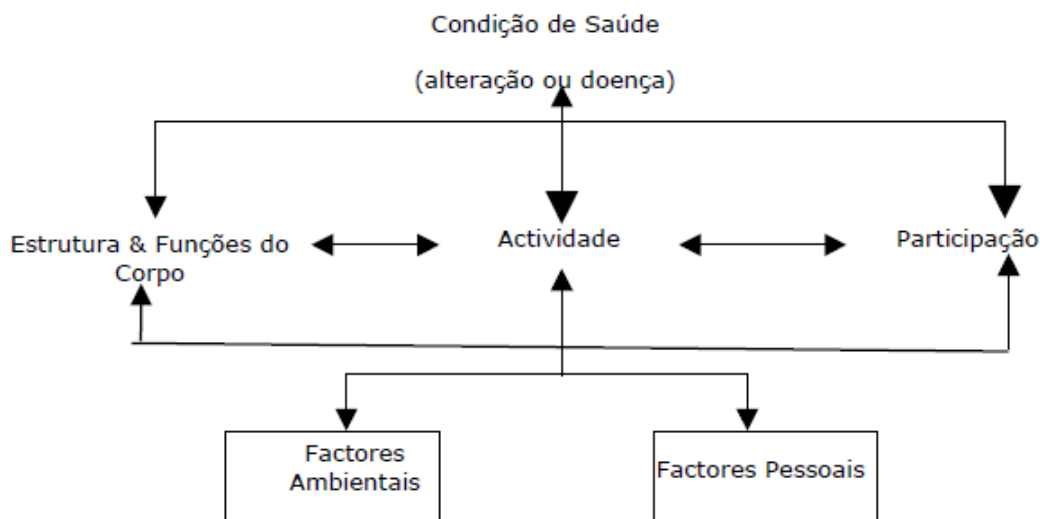
De acordo com Gonçalves (2011, p.35), a definição de incapacidade funcional, no domínio da saúde, diz respeito à falta de capacidade resultante de uma deficiência, para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas fundamentais a um ser humano. Representa, assim, a objetivação de uma deficiência, refletindo neste sentido perturbações a nível do indivíduo. A incapacidade pode ocorrer num espaço de tempo ou ser definitiva, dependendo se é reversível ou não e da sua etiologia ser progressiva ou regressiva.

Neste estudo centramo-nos na incapacidade física limitativa da realização de AVD, como no cuidado pessoal e na locomoção, mas poderá haver incapacidade a outros níveis, tais como o comportamental, o de comunicação, o de destreza e o de aptidões particulares, como é a profissional.

A OMS desenvolveu em 2001 a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta é uma abordagem biopsicossocial, pois deriva da integração de dois modelos - o individual e o social- e é utilizada para se obter a integração das várias perspetivas de funcionalidade e incapacidade, como sendo a perspetiva biológica, individual e social (Fontes, 2014, p.16).

A CIF é uma atualização da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Esta prioriza a funcionalidade como uma componente da saúde, considerando o ambiente ora como facilitador, ora como barreira para o desempenho de atividades (Costa, 2010, p.33). Esta dinâmica do processo de incapacidade pode ser melhor percebida na figura 1 abaixo apresentada.

Figura 1 – Dinâmica do processo de incapacidade.



Fonte: Adaptado de OMS (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Classification, Assessment, Surveys. A Terminology Team. OMS: Genebra, Suíça.

Qualquer deficiência levará a uma incapacidade que coloca o indivíduo em desvantagem, constituindo um handicap, podendo esta limitar ou impedir o desempenho de uma atividade, até então desempenhada pela pessoa. OMS (1989) citado por (Gonçalves, 2011, p.36). Sendo assim, dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um indivíduo pode ser dependente em determinados aspetos e independente em outros; por exemplo, pode possuir uma dependência física (incapacidade) e ser autónomo financeiramente, considerando que ser autónomo será a capacidade de nos regermos pelas nossas ideias.

O conceito de incapacidade funcional é complexo e tem sido identificado pela presença de dificuldades ou impossibilidade de desempenhar algumas AVD's. A (in)capacidade funcional é um dos *outcomes* mais importantes após um AVC, sendo a sua avaliação das mais complexas, porque envolve a conjugação de vários fatores, tais como: ambientais, recursos económicos e sociais, fatores comportamentais e motivacionais (OMS, 2003).

Para Borges (2013,p.23) a avaliação da capacidade funcional permite uma visão mais precisa quanto à severidade e ao impacto da co morbilidade causada pela doença. A European Stroke Initiative (2003), citado em Borges (2013, p.24) considera ser muito importante e recomendável a realização de uma avaliação séria do grau de incapacidade em doentes pós AVC.

Esta avaliação do grau de incapacidade/dependência funcional permite a monitorização da evolução do doente no seu processo de reabilitação. Existem vários instrumentos de avaliação funcional, sendo os mais utilizados o Índice de Barthel e a Escala de Medição de Independência Funcional (Borges, 2013, p.24).

O governo português, através do decreto-lei nº 101, de 6 de junho de 2006 página 3857, descreve dependência como sendo:

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica, intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar atividades de vida diária.

Estas análises levam-nos a concluir que, de facto, estes conceitos (independência/dependência e capacidade/ incapacidade) são abrangentes e complexos, que se encontram intimamente ligados e que são de grande importância para a reabilitação pós AVC, sendo por isso utilizados ao longo deste trabalho com significado idêntico.

Em suma, dependência é a incapacidade que cada indivíduo tem, por razões ligadas à perda de autonomia ou capacidade física, psíquica ou intelectual, que gera necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das AVD's.

Estudos anteriores revelam que os fatores associados às dependências funcionais são os fatores sociodemográficos, económicos, culturais e psicossociais, bem como a presença de algumas patologias e deficiências. Assim, incluem-se comportamentos relacionados com o estilo de vida, tais como fumar, beber, maus hábitos alimentares, praticar ou não exercício físico, estar submetido a situações de stresse, manter relações sociais, como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional.

Num estudo realizado por Coelho (2011, p.58) acerca das determinantes da capacidade funcional do doente após AVC verificou-se que na data de alta 39,3% dos doentes eram independentes, 23% ligeiramente dependentes, 16,4% moderadamente dependentes, 13,1% totalmente dependentes e 8,2% severamente dependentes.

Noutro estudo de Santos (2011, p.66) acerca da dependência funcional das pessoas internadas em unidades de convalescença, verificou-se que na data de admissão 30% dos utentes eram totalmente dependentes, 25% tinham uma dependência grave, 40% uma dependência moderada e apenas 5% uma dependência leve. No mesmo estudo, após trinta dias de internamento não havia utentes com dependência total e moderada, 5% tinham uma dependência grave, 55% tinham uma dependência leve e 40% eram independentes.

Marques (2012) realizou um estudo sobre independência funcional do doente pós AVC, com uma amostra de 60 indivíduos, concluindo que as variáveis com influência significativa na independência funcional foram o estado civil, o tempo de AVC, a reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado.

2.1 – Reabilitação do doente após AVC

Nas U- AVC existem procedimentos estandardizados, quer tecnológicos quer de cuidados humanos, que possibilitam o tratamento mais adequado a cada situação. Para Ferro, Fonseca e Henriques (2008, p.72) a reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais ótimas. Os objetivos da reabilitação variam desde o objetivo inicial de minimizar o défice, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação ativa na sociedade.

A enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p.8658).

A existência de programas de reabilitação precoce permitem ao utente recuperar potenciais e conseguir ter uma qualidade de vida melhor após a alta.

De acordo com Coelho (2011, p.25) a maioria dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional entre a sexta e a décima segunda semana, não sendo de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, pois só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura. Dizem-nos ainda que, quando completam o programa de reabilitação, 20% vão ficar com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficam independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomará uma profissão ou manterá as atividades habituais.

Como se compreende a intensidade do plano de reabilitação depende da situação do doente e do nível de incapacidade resultante. De acordo com Ferro, Fonseca e Henriques (2008, p.74), quanto maior for a intensidade dos programas de reabilitação, especialmente do tempo de trabalho destinado às AVD's, maior serão os resultados funcionais.

De acordo com as Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Heinstein (2014) a abordagem a fazer aos doentes com AVC vai desde as mobilizações no leito, as alterações posturais, as transferências, a marcha e os treinos funcionais. Os objetivos pretendidos consistem em prevenir deformidades do sistema osteoarticular e minimizar as incapacidades, tendo em vista a independência funcional fazendo uso, se necessário, de adaptações para alcançá-la.

Para Rua (2012, p.36), o processo de reabilitação deve iniciar-se 48 a 72 horas após a ocorrência do AVC, atuando sempre em duas vertentes: quer na prevenção de complicações e no treino de AVD, quer na estimulação cognitiva.

Das complicações possíveis destacam-se as respiratórias e as musculoesqueléticas. A realização de cinesiterapia respiratória, da aspiração de secreções, da mobilização dos membros (nomeadamente plégicos), dos posicionamentos em alternância de decúbito e do treino de equilíbrio do tronco são importantíssimos e devem fazer parte do plano de reabilitação, bem como a adequada alimentação e estimulação cognitiva.

Segundo os mesmos autores, o programa de reabilitação funcional varia de pessoa para pessoa, estendendo-se por norma entre um a dois meses e a recuperação funcional obtém-se 3 a 6 meses após o episódio de AVC.

Canhão (2003) citado em Menoita (2010, p.66) “pelo menos de metade dos doentes com AVC têm défices neurológicos que limitam a independência e cerca de 20 são totalmente dependentes”.

De acordo com Menoita (2010, p.66) só uma parte das pessoas que tiveram AVC é que consegue regressar ao trabalho, devido às sequelas físicas e cognitivas que sofreram. Para o mesmo autor a recuperação da pessoa com AVC verifica-se de forma ascendente entre os três a seis meses após a sua ocorrência, contudo a sua recuperação entre 85 a 90% só será possível com a manutenção de reabilitação entre doze a dezoito meses.

Para além do referido, há que ter sempre em conta que os doentes com AVC sofrem, para além de problemas cognitivos e de locomoção, de problemas de baixa autoestima, podendo surgir o isolamento e a exclusão social. Assim, quando os doentes apresentam sequelas permanentes, estes deverão ter apoio no seu ambiente social, o que implica acesso a um médico de família e à consequente prevenção secundária, serviços de reabilitação em ambulatório e apoio sócio-psicológico.

De forma a não sentir tanta desvantagem, o doente com AVC deve ser ensinado a lidar com a deficiência e ou incapacidade, tornando-se o mais independente possível. O ensino é parte integrante dos cuidados de enfermagem e é da responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro de reabilitação, já que faz parte do plano de reabilitação a integração da família/pessoa significativa na prestação ou auxílio nos cuidados ao doente. Esta integração deve ser feita durante o internamento e, aquando da alta, deveria ser facultado um manual informativo acerca dos cuidados de higiene, da prevenção de úlceras de pressão, das posturas corretas do doente no leito, do ensino de técnicas de transferência do utente, entre outros aspetos treinados durante o internamento.

Evidências de estudos clínicos sugerem que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos resultados físicos e funcionais, devendo ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita. Segundo Ryerson (2010), estudos realizados sobre a reabilitação

precoce revelam uma redução da incapacidade e melhoria das estratégias compensatórias, ao conduzir futuramente a uma melhoria significativa, aumentando a qualidade de vida. Embora a intensidade da terapia não esteja ainda claramente estabelecida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVD, e a melhoria dos resultados funcionais (AHA, 2010, p.2408).

2.2 – A importância da família em utentes que sofreram AVC

Para Leal (2001) citado por Ricardo (2012, p.52), o regresso à vida diária é muito importante para a reinserção sócio familiar do doente. Trata-se de uma etapa difícil, com obstáculos para todos os intervenientes, sendo necessário o treino das atividades, de forma a se conseguir o maior potencial possível.

De acordo com Andrade e Martins (2011, p.187) as tendências sociais na Europa revelam que, no ano 2020, mais de um quarto da população será representada por pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, aumentando a probabilidade das pessoas viverem mais tempo com maiores dependências e necessitando por isso de maior apoio.

Para as mesmas autoras, a família, nos dias de hoje, apresenta funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, reprodutiva e de socialização. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos.

A família é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, p.171) como sendo:

unidade social ou todo coletivo composto de membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para a pessoa. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, de relação emocional ou de legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.

As famílias são consideradas funcionais quando existe uma clara definição de tarefas ou funções que são aceites pelos membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios. Em situação oposta, uma família disfuncional é aquela em que há desrespeito, sobreposição na hierarquia, ruídos na Comunicação e não existe (re) organização do sistema familiar, com vista a resolução de problemas. (Vera, Lucchese, Munari, Adélia & Nakatani, 2014, p.200).

A família do doente com AVC tem um papel fundamental durante a fase de recuperação, quer no internamento, quer no domicílio.

Apesar das transformações sofridas e das diferenças entre as famílias, facto é que maioritariamente é ainda a família que assegura as funções básicas para os idosos, sendo mesmo considerada “como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência” Figueiredo (2007, p.24).

Acrescente-se ainda de acordo com Pérez *et al.* (1999) citado em Gonçalves (2010, p.14) que a maior parte dos idosos manifesta o desejo de serem cuidados no seu domicílio, isto porque este espaço constitui o cenário de relações afetivas, trocas sociais, refletindo um passado, um símbolo da dinâmica da vida. Tal como se evidencia no estudo de Jaques (2005) referenciado em Gonçalves (2010, p.14) apesar de 16,6% dos idosos viverem sós, a grande maioria (95,2%) quer permanecer onde reside, requerendo de futuro cuidados no domicílio, sendo os lares e residências, o último recurso.

Uma breve revisão da literatura mostrou que a disfuncionalidade familiar foi associada à solidão em idosos, à falta de atenção e prestação de cuidados, e sobrecarga de cuidadores de idosos.

Sabemos que as famílias passam por profundas transformações quando um familiar sofre um AVC, mas são um dos elementos centrais no cuidado após AVC. Ao reconhecer a importância da família para a pessoa que sofre AVC, tornam-se relevantes os estudos que visam avaliar a sua funcionalidade por meio do instrumento Apgar Familiar, pois são identificados os fatores de satisfação e insatisfação em relação à família da qual o doente faz parte.

O Apgar Familiar é um instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro, e os diferentes scores devem ser comparados para se avaliar a funcionalidade familiar (Andrade & Martins, 2011, p.197). Este permite ainda a avaliação da satisfação do membro da família, em consonância com a interação e assistência dispensada por esta.

Num estudo feito por Antunes (2012, p.58) intitulado “Impacto do AVC no estado de Saúde do indivíduo”, conclui-se que em média os homens apresentam melhor score na funcionalidade familiar, comparativamente às mulheres (2.79 para 2.48). No mesmo estudo, verificou-se que a maioria dos inquiridos perceciona a sua família como sendo altamente funcional (63.7%). No entanto, 34.5% dos inquiridos considera que a sua família possui uma disfunção leve e 1.8% considera que a sua família possui uma disfunção severa. Estes autores concluíram que quanto melhor a funcionalidade familiar, melhor é a capacidade de raciocinar e memorizar; melhor é a capacidade de comunicar e compreender; melhor é a capacidade de executar atividades diárias; melhor é a capacidade de se mover em casa e fora dela; melhor é a capacidade em participar em atividades profissionais familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor é a percepção de recuperação do AVC.

2ª PARTE – Estudo Empírico

Nesta parte do trabalho efetuamos uma descrição detalhada de como o estudo foi realizado, ou seja, o que foi feito e como foi feito. A metodologia deve contemplar, de forma clara, todos os procedimentos executados ao longo do estudo.

3 - Metodologia

O enquadramento teórico realizado anteriormente facultou e atualizou alguns dos conhecimentos essenciais para o desenvolvimento da presente investigação. Torna-se importante abordar neste capítulo a metodologia a utilizar para a mesma investigação. Assim sendo, este capítulo é constituído pelas seguintes etapas da fase metodológica: questão de investigação; tipo de estudo; objetivos; variáveis; hipóteses; população e amostra; instrumentos de colheita de dados; procedimentos de colheita de dados e tratamento estatístico utilizado.

3.1 – Questão de Investigação

As deficiências, incapacidades e desvantagens resultantes do AVC são bastante diferentes de indivíduo para indivíduo, dependendo da área envolvida, da recuperação de cada doente, bem como das complicações adquiridas. Para Borges (2013, p.22) a deficiência é entendida como sendo uma alteração física, anatómica, fisiológica, psicológica ou a perda de uma faculdade permanente ou temporária de um indivíduo. Segundo os mesmos autores, a incapacidade surge como consequência funcional de uma deficiência que poderá levar a uma limitação.

O AVC provoca distintas alterações e deixa sequelas muitas vezes incapacitantes, sendo a hemiplegia e hemiparesia contra lateral as mais frequentes. Podem também ocorrer problemas de equilíbrio e ou de coordenação, designados de ataxia, principalmente quando o cerebelo é afetado (Silva, 2010, p.9). Além das alterações motoras, também se observam distúrbios de sensibilidade, o aparecimento de espasticidade, alteração do equilíbrio, problemas de cognição, entre outros distúrbios (Teles & Gusmão, 2012, p.43).

Relativamente às alterações da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), os doentes podem apresentar parestesias, sensações cutâneas subjetivas na ausência de estímulo (frio, calor, formigueiro, pressão), o que contribui para o risco de auto lesões. Outro distúrbio frequente é a existência de hemianópsia devido a alterações do campo visual (Silva, 2010, p.8).

Também a perda de controlo de esfíncteres, quer vesical quer intestinal, constitui uma das manifestações clínicas frequentes no AVC. O doente pode apresentar

incontinência urinária transitória devido a um déficit cognitivo e ou neurológico. Pode ocorrer também perda da sensação de bexiga cheia, ou diminuição do controlo do esfíncter urinário. Caso a incontinência ou retenção urinária seja persistente, poderemos estar perante um caso de lesão cerebral bilateral. As alterações vesicais podem coexistir com a incontinência fecal, sendo sinal de uma lesão neurológica extensa.

A nível da comunicação e linguagem, as alterações mais comuns são a disartria (dificuldade de dicção ou pronúncia), disfasia ou afasia (*deficit* ou perda da fala) e apraxia (incapacidade de levar a cabo um gesto ou ação previamente aprendidos) (Borges, 2013, p.22).

Sendo eu enfermeiro na U-AVC da ULSG, e uma vez que estou em contacto diário com a realidade de pessoas que, de um momento para o outro, passam a depender de outros para a realização de atividades da vida diária, nasceu um elevado interesse pessoal por esta temática e por isso formulamos as seguintes questões de investigação: **“Que níveis de incapacidade funcional apresentam as pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral após seis meses da alta clínica? Que fatores interferem nesses níveis de incapacidade?”**

De referir ainda que, na referida unidade, nunca foi realizado nenhum estudo sobre a temática proposta e por isso consideramos este estudo pertinente e pioneiro com elevado interesse para a própria instituição.

3.2 – Tipo de Estudo

Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadrámos o presente estudo no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e analítico - descritivo-correlacional.

A nossa pesquisa é quantitativa, pois como refere Fortin (2009, p.20), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis”. Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objetivos, com vista a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009, p.27).

Nesta investigação não existiu manipulação de variáveis, o que justifica o carácter não experimental da mesma (Fortin, 2009, p.35).

No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo (de janeiro de 2015 a maio de 2015).

Como pretendemos descrever os níveis de incapacidade funcional de uma determinada população (utentes que estiveram internados na U-AVC) e estabelecer relação entre variáveis (socio-demográficas, clínicas, funcionalidade familiar), com vista à sua descrição, optámos por uma investigação descritiva correlacional (Fortin, 2009, p.35).

3.3 – Objetivos

Esta investigação tem como objetivo geral identificar os níveis de incapacidade funcional em doentes com AVC após seis meses, e analisar fatores correlacionados. De acordo com o objetivo geral definido, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

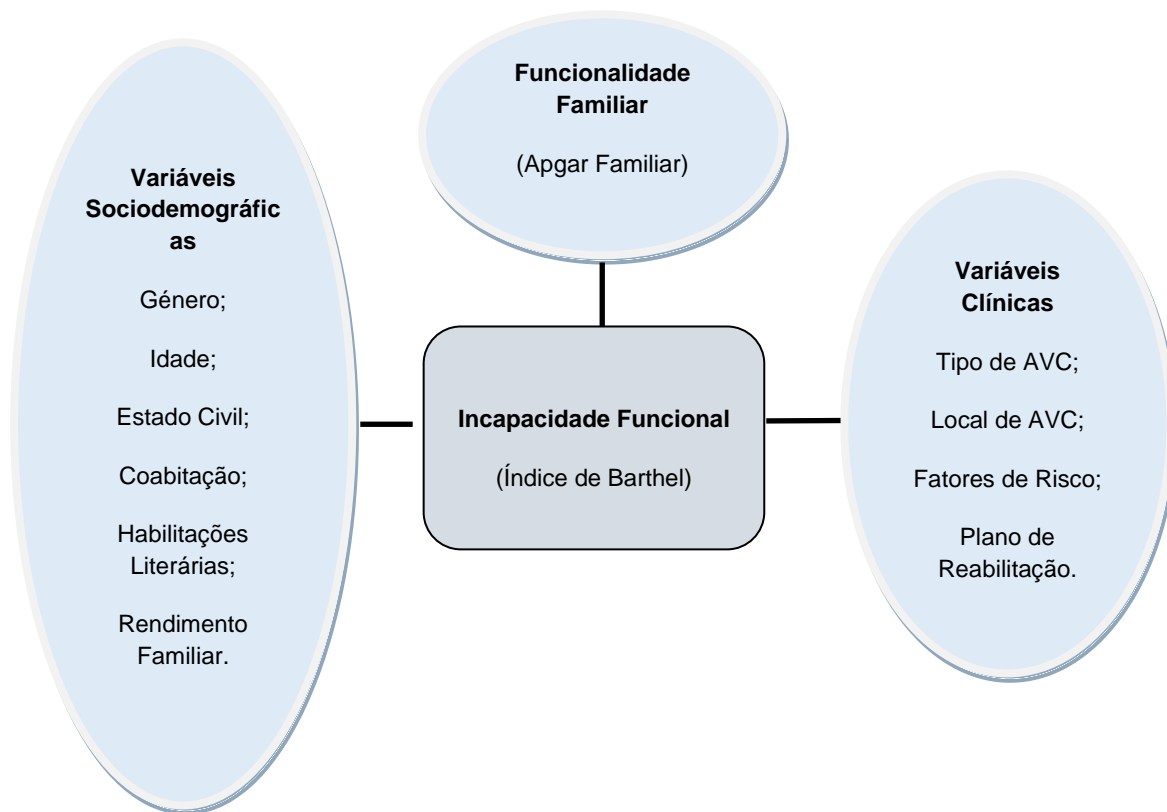
- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
- Identificar a funcionalidade familiar percecionada pelos participantes no estudo;
- Avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes após seis meses;
- Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e a funcionalidade familiar com a incapacidade funcional dos participantes;

3.4 Variáveis

No presente estudo a variável dependente é a Incapacidade Funcional. Os níveis de Incapacidade Funcional são muitas vezes influenciados por fatores considerados variáveis independentes. Assim, com base na fundamentação teórica, na questão de investigação e nos objetivos do estudo, foram selecionadas como variáveis independentes: as sócio-demográficas, (idade, género, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar, coabitação); as variáveis clínicas (tipo de AVC, localização do AVC, fatores de risco, realização ou não de plano de reabilitação) e a funcionalidade familiar.

O modelo concetual que seguidamente apresentamos (*cf.* Fig. 2) mostra de forma esquemática as variáveis do estudo e a interação que possa existir entre elas.

Figura 2 – Modelo concetual das variáveis em estudo



3.5 Hipóteses

Com base na revisão da literatura e de acordo com os objetivos expostos para este estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese (H₁) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

Hipótese (H₂) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

Hipótese (H₃) – Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

3.6 - População e Amostra

A população-alvo deste estudo corresponde a 232 doentes que tiveram internados na unidade de AVC da Unidade local de Saúde da Guarda durante o ano de 2014.

Da população de doentes, foi selecionada (por conveniência) uma amostra de 72 participantes. A dimensão da amostra garante uma estimativa de erro $\pm 5\%$, para um nível de confiança de 95% (população finita).

A seleção da amostra foi efetuada de acordo com a aceitação dos indivíduos e os seguintes critérios de inclusão:

- Ter estado internado na U-AVC da ULSG há mais de 6 meses;
- Ter ocorrido o primeiro AVC;
- Estar a ser seguido na consulta externa de AVC na ULSG.

3.7 - Procedimentos e questões éticas

No dia 30 de setembro de 2014 foi dirigido um ofício ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, no sentido de ser autorizada a aplicação de um instrumento de colheita de dados, na consulta de AVC, aos utentes (Apêndice I).

Assim, de forma a ser possível a recolha de dados, foi essencial a aplicação de um instrumento de colheita de dados adequado aos objetivos do estudo, implicando para o efeito o cumprimento de certos procedimentos éticos, nomeadamente a proteção do direito dos utentes ao anonimato (Apêndice II – consentimento informado).

Tivemos autorização do conselho de administração após concordância da comissão de ética da instituição no dia 5 de dezembro de 2014 (Apêndice III).

O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos meses de janeiro a maio de 2015 aquando da vinda dos doentes à consulta de AVC, e o seu preenchimento foi efetuado pelos utentes (que apresentavam capacidades para o fazer), pelo cuidador significativo, ou, em alguns casos, pelo autor do estudo, de forma a reduzir o mais possível o número de enviesamentos.

3.8 - Instrumento de Colheita de dados

O instrumento de colheita de dados é composto por: um grupo de questões de caracterização sociodemográfica; um outro grupo de variáveis clínicas, construídas por nós e por duas escalas criadas por outros investigadores, que se encontram testadas e traduzidas para a população portuguesa, nomeadamente uma para avaliação da funcionalidade familiar (Apgar Familiar) e outra para a avaliação da independência/incapacidade funcional (Índice de Barthel).

A Tabela 1 resume e explicita a estrutura do nosso questionário que é composto por quatro secções.

Tabela 1 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados

Domínios em estudo	Secção	Questões
Caracterização Sociodemográfica	Secção A	De 1 a 6
Caraterização Clínica	Secção B	De 1 a 4
Funcionalidade Familiar	Secção C	De 1 a 5
Incapacidade Funcional	Secção D	De 1 a 10

Secção A – Caracterização sociodemográfica

Nesta secção recolhemos informações pessoais da amostra como a idade, o género, o estado civil, as pessoas com quem vive (coabitação), o rendimento familiar e as habilitações literárias. A caracterização é elaborada tendo por base a formulação de cinco questões de resposta fechada e uma de resposta aberta, totalizando seis respostas.

Secção B – Caracterização clínica

Esta secção é referente à informação clínica que tem por base o diagnóstico de AVC (tipo e localização), bem como os fatores de risco e a realização de um plano de reabilitação. Esta caraterização é baseada em quatro perguntas fechadas.

Secção C – Funcionalidade Familiar

A Escala de Apgar Familiar é da autoria de Smilkstein e surge em 1978, mas é adaptada por Azeredo para a população portuguesa em 1998, cujos estudos de tradução transcultural para português e os índices de validade e credibilidade estabelecidos garantem a segurança da sua aplicação como instrumento confiável (Gonçalves, 2010, p.115). Este instrumento avalia a satisfação de um membro da família, no que respeita ao auxílio que lhe é prestado pelos demais membros da família (Andrade & Martins, 2011, p.189).

De acordo com Smilkstein (1978), Andrade e Martins (2011, p.190), independentemente de qualquer que seja a família, os aspetos básicos no âmbito da funcionalidade familiar são: a Adaptação intrafamiliar; a Participação/Comunicação; o Desenvolvimento; o Afeto e a Resolução ou Decisão. Estes aspetos são avaliados pelas respetivas questões enunciadas no seguinte quadro:

Quadro 6 – Questões da Escala de Apgar Familiar e respetivo aspeto básico.

Questão	Aspetos Básicos da Funcionalidade Familiar	Descrição
“Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?”	Adaptação Intrafamiliar (Adaptability)	Refere-se à utilização de recursos familiares, com vista à resolução de problemas quando o equilíbrio familiar é posto em causa.
“Está satisfeito pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?”	Participação/Comunicação (Partnership)	Reciprocidade nas comunicações familiares e na tomada de decisões e consequentes responsabilidades.
“Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?”	Desenvolvimento (Growth)	Independência, disponibilidade da família para mutações de papéis e para alcançar a maturidade e/ou desenvolvimento psíquico, físico e emocional, sempre marcado pelo apoio familiar
“Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?”	Afeto (Affection)	Presença de ligações de assistência ou carinho entre os diversos membros familiares
“Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?”	Resolução ou Decisão (Resolve)	Disponibilidade para outros elementos da família, estimulando-os física e emocionalmente. Tal implica a partilha de bens e espaço.

Fonte: Adaptado de Andrade & Martins (2011)

A Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978) (Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988), de acordo com Andrade e Martins (2011, p.190), é constituída por cinco questões que quantificam a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala avalia a adaptação intrafamiliar, estando implícitos os recursos dentro e fora da família.

Cada questão permite três tipos de resposta: “Quase Sempre”, “Algumas Vezes” e “Quase Nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos.

O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- De 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional.
- De 4 a 6 pontos sugere uma família moderadamente disfuncional.
- De 0 a 3 pontos sugere uma família disfuncional.

Neste questionário entendeu-se como família “o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive”.

No que respeita à consistência interna da Apgar Familiar, o autor da escala constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1978).

Secção D – Incapacidade Funcional

A escala de Barthel ou índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) é uma escala ordinal usada para medir o desempenho em AVD. Esta escala aborda 10 variáveis: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir, controlo anal, controlo vesical, utilização da sanita, transferência, mobilidade, subir e descer escadas; ou seja, avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida. Na versão original a pontuação da escala oscila entre 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência; ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de incapacidade. A pontuação mínima de zero corresponde à máxima incapacidade para todas as atividades de vida diária avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD. (Mahoney & Barthel, 1965).

A DGS (2011, p.3) refere que a incapacidade funcional resultante do AVC pode graduar-se de ligeira a grave com dependência total, classificando-se em três níveis, consoante a avaliação funcional realizada (Garraway et al. 1985), como podemos observar na figura 3:

Figura 3 – Níveis de incapacidade funcional

LIGEIRO BARTHEL > 90	MODERADO 90 >=BARTHEL>= 55	GRAVE BARTHEL<55
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Fonte: DGS (2011) – Norma número 054/2011.

Esta norma é um instrumento utilizado na prática clínica e na investigação, que foi validado para a população portuguesa por Sequeira (2007). Através da análise fatorial, este

identificou três fatores, rotulados por “mobilidade”, “higiene” e “controle de esfíncteres”, que explicam 75% da variância total. Este Índice apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente de *alfa de Cronbach* ($\alpha=0,89$).

O quadro 7 abaixo descrito refere-se à padronizada do índice de barthel e às instruções de utilização.

Quadro 7 – Instruções de Utilização do Índice de Barthel

Item	AVD	Cotação
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.	10
	Necessita de Ajuda (cortar, lavar a boca, etc.)	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo).	5
	Dependente	0
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.	5
	Dependente	0
Higiene Corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).	5
	Dependente	0
Uso de casa de banho (sanitário)	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa).	5
	Dependente	0
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho).	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx).	5
	Incontinente fecal	0
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho).	10
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda e coletor).	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir / descer escadas).	5
	Dependente	0
Transferência	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas transfere-se sozinho).	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão).	10
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5
	Dependente	0

Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas...).	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros).	5
	Dependente	0

Fonte: Adaptado de Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010.

De acordo com Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007, p. 62), este quadro revela que o índice de Barthel é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, pois utilizou o alfa de Cronbach no sentido de analisar a consistência interna deste instrumento.

3.9 – Tratamento estatístico

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0 para Windows.

Em termos de análise estatística, caracterizamos a nossa amostra com o recurso a medidas de tendência central, tais como: a média amostral; as medidas de dispersão como o coeficiente de variação (CV) e o desvio padrão (Dp); as medidas de assimetria e o achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (Std. Error). Se $SK/StdError$ oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se $SK/StdError$ for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita; se $SK/StdError$ for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gajero, 2000, p.64). Para as medidas de achatamento curtose (K), o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão. Deste modo, se $K/StdError$ oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é mesocúrtica; pelo contrário, se $K/StdError$ for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para $K/StdError$ superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Os testes de independência do Qui-Quadrado e dos resíduos ajustados possibilitam analisar a relação de independência; enquanto que o primeiro apenas informa se há ou não relação entre as variáveis, os resíduos ajustados indicam as células com comportamentos diferentes do esperado (Pestana & Gajero, 2000, p.118). Estes autores consideram que o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de Qui-Quadrado, na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam

sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis e os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis (Pestana & Gageiro, 2000, p. 118).

Em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2000): $p \geq 0.05$ - não significativo; $p < 0.05$ - ligeiramente significativo; $p < 0.01$ - muito significativo e $p < 0.001$ - altamente significativo. Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, selecionamos os graus de dispersão apresentados pelos mesmos autores (2005): $CV \leq 5\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão moderada e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

Assim, para uma probabilidade igual a 0.05, quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96: o comportamento é semelhante ao esperado; quando inferiores a -1.96 a célula tem um comportamento significativamente inferior ao esperado e, quando os resíduos se situam acima de 1.96: a célula tem um comportamento significativamente superior ao esperado. Quando os resíduos ajustados se situam fora do intervalo: -1.96 e 1.96: há relação entre as variáveis. “A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos, tanto no total da linha como na coluna” (Pestana & Gageiro, 2005, p. 131).

Salientamos ainda que, antes de efetuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, cuja análise confirma a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo. Esta constatação associada à pouca representatividade da amostra ($n = 72$) conduz ao não preenchimento dos requisitos para a aplicação de testes paramétricos, pelo que foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos:

- Teste U-Mann Withney – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2000, p.311).
- Teste de Kruskal-Wallis – Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se

lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2000. P.327).

- Teste de Qui Quadrado (χ^2) - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2000, p.21).

4 - Apresentação e Análise dos Resultados

Neste ponto pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, referentes ao tratamento de toda a informação recolhida através do questionário aplicado aos utentes que sofreram AVC, após seis meses do seu internamento na U-AVC da ULSG.

A apresentação dos resultados será feita, num primeiro momento, através da análise descritiva, a partir da qual se procuram estudar as variáveis que caracterizam o grupo estudado, a variável dependente e as dimensões que serviram para a sua mensuração; num segundo momento, a apresentação dos dados é feita através da análise inferencial, a partir da qual se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e a variável dependente.

4.1- Análise Descritiva

A apresentação dos dados referentes à análise descritiva surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes.

Caracterização Sociodemográfica

A nossa amostra é constituída por 72 doentes que sofreram AVC, dos quais 51 (70,8%) são do género masculino e 21 (29,2%) do género feminino.

Idade e Género: As estatísticas da idade, apresentadas na tabela 2, revelam que os doentes apresentam uma idade mínima de 48 e uma máxima de 80 correspondendo uma média de 69,49 anos e um desvio padrão de 9,16 anos. Para o género masculino, a idade mínima e máxima situa-se, respetivamente, nos 51 e 80 anos, enquanto no género feminino os valores oscilam entre os 48 e 79 anos. O Coeficiente de Variação para cada género bem como para a amostra total (13,18%) indica um grau de dispersão baixo.

A tabela mostra-nos, ainda, que a amostra é simétrica, mesocúrtica e que tem uma distribuição normal relativamente à idade.

Tabela 2 - Estatística relativa à idade e género dos participantes.

Género \ Idade	N	Min.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK	K	KS
Masculino	51	51	80	71,57	8,24	11,51	-0,829	-0,242	0,004
Feminino	21	48	79	64,43	9,51	14,76	0,029	-0,770	0,200
Total	72	48	80	69,49	9,16	13,18	-0,571	-0,695	0,007

Grupos Etários: Dada a amplitude de variação encontrada que se situa nos 32 anos, e por forma a proceder-se a uma melhor clarificação dos resultados, efetuaram-se agrupamentos em classes etárias homogéneas, com amplitudes obtidas através das frequências observadas. Os resultados que se expressam na tabela 3 revelam que a maior percentagem dos inquiridos (37,5%) apresenta uma idade situada entre os 65 e 76 anos, sendo o género feminino (38,1%) o que mais contribui para este percentual. O menor valor percentual verifica-se no grupo com idade inferior ou igual aos 64 anos (30,6%), sendo o género feminino (47,6%) o que mais contribui para este percentual. Para idades inferiores a 64 anos, obtivemos percentagens relevantes para o género feminino com residuais de 2,0.

Na tabela 3, relativamente ao **estado civil**, verificamos que a nossa amostra está na sua maioria casada ou em união de facto, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que contribui mais para este valor percentual (74,5). Constatamos que quer no género masculino quer no género feminino a maior parte dos participantes são casados ou vivem em união de facto, sendo a percentagem do género feminino de 66,7%. Relativamente aos participantes solteiros, viúvos, divorciados ou separados, estes representam 27,8% dos participantes, sendo o género feminino o que mais contribui para este percentual, com uma percentagem de 33,3%.

No que diz respeito à **coabitação**, tal como descrito na tabela 3, verificamos que, na sua maioria, a nossa amostra vive com a sua família, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (74,5%). Uma minoria dos participantes está institucionalizada em lar com 8,3%, sendo, neste caso, o género feminino o que mais contribui para este percentual (19,0%). Já 19,4% dos participantes vivem sozinhos, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (21,6%). Em ambos os géneros, a maioria dos participantes vive com a família. No género masculino apenas 3,9% estão institucionalizados e 21,6% vive sozinho. Já no género feminino a percentagem de participantes institucionalizados (19,0%) é superior à que vive sozinha (14,3%).

No que concerne às **habilitações literárias** verificou-se que a maior parte possui a 4ª classe com 69,4%, sendo o género feminino o que mais contribui em termos percentuais, com 71,4% das mulheres a possuir este nível de escolaridade. Com menor percentagem

encontramos as pessoas que não possuem nenhuma escolaridade (8,3%), sendo que, neste grupo, o género feminino não regista nenhum participante sem habilitações literárias. De referir que 22,2 % da amostra tem um nível de escolaridade até ao décimo segundo ano.

Quanto ao **rendimento familiar**, o maior valor percentual (41,7%) recai no grupo entre 501 e 1000 euros, sendo o género feminino (57,1%) o que mais contribui para este percentual. De salientar que 38,9% da amostra tem um rendimento familiar inferior a 500 euros e 19,4% um rendimento familiar superior a 1000 euros, sendo que neste último grupo ambos os géneros contribuem com valores percentuais semelhantes, 19,6% para o género masculino e 19,0% para o género feminino.

No género masculino existe uma percentagem relevante de participantes com um rendimento familiar inferior a 500 euros (45,1%), já no género feminino a maior percentagem auferem um rendimento familiar entre os 500 e os 1000 euros (57,1%).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da Amostra.

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Totais		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.		
	51	100,0	21	100,0	72	100,0				
Idade										
≤64 anos	12	23,5	10	47,6	22	30,6	-2,0	2,0		
[65-76] anos	19	37,3	8	38,1	27	37,5	-0,1	0,1		
≥77 anos	20	39,2	3	14,3	23	31,9	-	-		
Estado Civil										
Solteiro, Viúvo, Divorciado, Separado	13	25,5	7	33,3	20	27,8	-	-		
Casado, União Facto	38	74,5	14	66,7	52	72,2	-0,7	0,7		
Coabitação										
Sozinho	11	21,6	3	14,3	14	19,4	-	-		
Família	38	74,5	14	66,7	52	72,2	0,7	-0,7		
Lar	2	3,9	4	19,0	6	8,3				
Habilitações Literárias										
Nulas	6	11,8	0	0,0	6	8,3	-	-		
4ª Classe	35	68,6	15	71,4	50	69,4	-0,2	0,2		
Até 12Anos	10	19,6	6	28,6	16	22,2	-	-		
Rendimento Familiar										
< 500€	23	45,1	5	23,8	28	38,9	-	-		
[501€-1000€]	18	35,2	12	57,1	30	41,7	-1,7	1,7		
>1001€	10	19,6	4	19,0	14	19,4	-	-		

Caracterização Clínica

Neste ponto vamos abordar a estatística relativa à caracterização das variáveis clínicas, ou seja, o tipo de AVC, a sua localização, os fatores de risco associados ao AVC e a realização de Plano de reabilitação.

Tipo de AVC

Verificamos que a nossa amostra, no que diz respeito ao tipo de AVC, tal como descrito na tabela 4, na sua maioria é isquémico com uma percentagem de 81,9%, sendo o género feminino (95,2%) o que mais contribui para este percentual. Em menor número, registamos os AVC's hemorrágicos com 18,1%, sendo neste caso o género masculino (23,5%) o que mais contribui para este percentual. A percentagem do AVC isquémico é maior ambos os géneros.

Local de AVC

Na nossa amostra o hemisfério onde ocorrem mais AVC's é o direito com 55,6% dos casos, sendo a percentagem do hemisfério esquerdo de 44,4%. No género masculino ocorrem mais AVC's no hemisfério esquerdo, sendo a sua percentagem muito equivalente aos que ocorrem no hemisfério direito. Já no género feminino há maior prevalência de AVC no hemisfério direito (71,4%).

Fatores de Risco

Os fatores de risco com maior percentagem e que se destacam mais na nossa amostra são a HTA (88,9%), a Dislipidémia (81,9%) e o alcoolismo (19,4%), sendo que os restantes fatores de risco têm percentagens de prevalência muito parecidas entre os 13,9% no caso da Diabetes, a 16,7% no caso do Tabagismo e Stresse. No género masculino, destaca-se também o tabagismo e a diabetes com percentagens de 19,6% e 15,7% respetivamente, sendo o fator com menor percentagem o stresse (9,8%). No género feminino, para além dos dois fatores mais comuns na amostra (HTA e Dislipidémia), destaca-se o Stresse como terceiro fator de risco com uma percentagem de 33,3% seguido da Diabetes e Tabagismos com 9,5 %. De referir que no género feminino não encontramos nenhuma participante com alcoolismo como fator de risco e que verificamos valores residuais relevantes em relação ao stresse.

Plano de Reabilitação

Verificamos que a maior parte dos doentes que sofreram AVC não realizou plano de reabilitação após a alta clínica, sendo que a maioria dos homens (51%) realizou plano de reabilitação e a maioria das mulheres (57,1%) não realizou.

Tabela 4 – Caracterização relativa às variáveis clínicas.

Variáveis	Masculino		Feminino		Totais		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
	51	100,0	21	100,0	72	100,0		
Tipo AVC								
Isquémico	39	76,5	20	95,2	59	81,9	-1,9	1,9
Hemorrágico	12	23,5	1	4,8	13	18,1	-	-
Local								
Hemisfério Direito	25	49,0	15	71,4	40	55,6	-1,7	1,7
Hemisfério Esquerdo	26	51,0	6	28,6	32	44,4	1,7	-1,7
Fatores de Risco								
Álcool	14	27,5	0	0,0	14	19,4	-	-
Tabagismo	10	19,6	2	9,5	12	16,7	-	-
HTA	45	88,2	19	90,5	64	88,9	-0,3	0,3
Stresse	5	9,8	7	33,3	12	16,7	-2,4	2,4
Dislipidémia	40	78,4	19	90,5	59	81,9	-1,2	1,2
Diabetes	8	15,7	2	9,5	10	13,9	-	-
Plano de Reabilitação								
Sim	26	51,0	9	42,9	35	48,6	0,6	-0,6
Não	25	49,0	12	57,1	37	51,4	-0,6	0,6

Caraterização relativa à Funcionalidade Familiar

Como já referimos, o resultado final da escala obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada uma das perguntas que varia entre zero (0) e dez (10) pontos. A pontuação total permite classificar o tipo de relação familiar em: famílias altamente funcionais (7-10 pontos); famílias com disfunção moderada (4 -6 pontos) e famílias com disfunção grave (0-3 pontos).

Na tabela 5, expomos os dados relativos à estatística referente à escala de Apgar Familiar. Verificamos que os valores vão de 3 a 10 como máximo, tendo uma média de 9 e desvio padrão 1,73. O género masculino apresenta melhor score na escala, comparativamente ao género feminino (9,10 para 8,76). De acordo com os resultados obtidos e tendo em conta os valores de referência para valores de simetria (skewness) e de achatamento (kurtosis), podemos afirmar que a distribuição da funcionalidade familiar é

assimétrica negativa enviesada à direita e mesocúrtica para a totalidade da amostra. Quanto à medida de achatamento ou curtose, a distribuição é leptocúrtica para ambos os sexos.

Tabela 5 – Estatística relativa à funcionalidade familiar.

Apgar Familiar \ Género	N	Min.	Máx.	Média	Dp	CV	SK	K
Masculino	51	3	10	9,10	1,65	18,15%	-2,377	5,945
Feminino	21	5	10	8,76	1,92	21,93%	-1,497	0,592
Total	72	3	10	9,00	1,73	19,20%	-2,022	3,505

Na tabela seguinte (tabela 6) mostramos os resultados obtidos relativamente às questões acerca dos aspetos básicos da funcionalidade familiar. No geral as famílias dos participantes são altamente funcionais, com a grande maioria das respostas a ser “Quase sempre” em todas as questões integrantes do Apgar Familiar. Em dois aspetos básicos (Afeto e Resolução) não existiu qualquer resposta “Quase nunca”. Relativamente à resolução ou decisão, encontramos percentagens relevantes para o género masculino na resposta “Quase sempre”, com residuais de 2,6.

No aspeto da adaptação intrafamiliar, 88,9% responderam “Quase sempre”, sendo que o género masculino é o que mais contribui para este percentual (92,2%). Apenas 2,8% reponderam “Quase nunca”, sendo a totalidade das respostas do género masculino.

No que concerne à participação/comunicação, 86,1% das respostas foram “Quase sempre”, sendo o género masculino (88,2%) o que mais contribui para este resultado. Assim como no aspeto anterior, apenas 2,8% responderam “Quase nunca”, sendo a totalidade das respostas do género masculino.

No aspeto desenvolvimento, 75,0% das respostas foram “Quase sempre”, sendo o género feminino o que mais contribui para este percentual com 81,0% das respostas. Somente 8,3% das respostas foram “Quase nunca”, sendo o género feminino (9,5%) o que mais contribui também para este percentual.

No que respeita ao afeto, 83,3% das respostas recaem em “Quase sempre”, sendo o género masculino (84,3%) o que mais contribui para este resultado. De registar que não se obteve nenhuma resposta “Quase nunca” e que 16,7% respondeu “Algumas vezes”, sendo o género feminino (19,0%) o que mais contribui para este percentual.

Por fim, no aspeto resolução, verificamos que 80,6% dos participantes responderam “Quase sempre”, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual com 88,2% de respostas. Não se registaram quaisquer respostas do tipo “Quase nunca” e

meramente 19,4% responderam “Algumas vezes”, sendo o género feminino (38,1%) o que mais contribui para este percentual.

Tabela 6 – Distribuição relativa à satisfação dos participantes quanto aos aspetos básicos da funcionalidade.

Variáveis (Aspetos Básicos da funcionalidade)	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Adaptação Intrafamiliar	51	100	21	100	72	100		
Quase sempre	47	92,2	17	81,0	64	88,9	1,4	-1,4
Algumas vezes	2	3,9	4	19,0	6	8,3	-	-
Quase nunca	2	3,9	0	0	2	2,8	-	-
Participação/Comunicação	45	88,2	17	81,0	62	86,1	0,8	-0,8
Quase sempre	45	88,2	17	81,0	62	86,1	0,8	-0,8
Algumas vezes	4	7,8	4	19,0	8	11,1	-	-
Quase nunca	2	3,9	0	0	2	2,8	-	-
Desenvolvimento	37	72,5	17	81,0	54	75,0	-0,7	0,7
Quase sempre	37	72,5	17	81,0	54	75,0	-0,7	0,7
Algumas vezes	10	19,6	2	9,5	12	16,7	-	-
Quase nunca	4	7,8	2	9,5	6	8,3	-	-
Afeto	43	84,3	17	81,0	60	83,3	0,3	-0,3
Quase sempre	43	84,3	17	81,0	60	83,3	0,3	-0,3
Algumas vezes	8	15,7	4	19,0	12	16,7	-	-
Quase nunca							-	-
Resolução ou Decisão	45	88,2	13	61,9	58	80,6	2,6	-2,6
Quase sempre	45	88,2	13	61,9	58	80,6	2,6	-2,6
Algumas vezes	6	11,8	8	38,1	14	19,4	-	-
Quase nunca							-	-

Quanto à classificação da funcionalidade familiar, verificamos na tabela 7 que 88,9% da amostra tem uma funcionalidade familiar correspondente a altamente funcional, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (92,2%). Apenas 8,3% apresentam moderadamente funcional e somente 2,8% são disfuncionais, sendo o género masculino o que contribui na totalidade para este percentual (3,9%).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à Funcionalidade Familiar.

Funcionalidade Familiar	Género		Masculino		Feminino		Totais		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
	51	100%	21	100%	72	100%				
Disfuncional	2	3,9%	0	0	2	2,8%	-	-		
Moderadamente Disfuncional	2	3,9%	4	19,0%	6	8,3%	-	-		
Altamente Funcional	47	92,2%	17	81,0%	64	88,9%	1,4	-1,4		

Caracterização relativa à Incapacidade Funcional

Na tabela 8, expomos os dados relativos à estatística referente à incapacidade funcional. Verificamos que os valores vão de 35 a 100 como máximo, tendo uma média de 78,19 e desvio padrão de 19,14. O género masculino apresenta melhor score na escala, comparativamente ao género feminino (79,22 para 75,71). Pelos resultados obtidos, e tendo em conta os valores de referência para valores de simetria (skewness) e de achatamento (kurtosis), podemos afirmar que a distribuição da funcionalidade familiar é assimétrica negativa enviesada à direita e mesocúrtica para a totalidade da amostra. Quanto à medida de achatamento ou curtose, a distribuição é mesocúrtica para ambos os sexos.

Tabela 8 – Estatística relativa à Incapacidade funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional	N	Min.	Máx.	Média	Dp	CV	SK	K
Masculino	51	35	100	79,22	18,530	23,4%	-0,749	-0,470
Feminino	21	40	100	75,71	20,814	27,5%	-0,461	-1,042
Total	72	35	100	78,19	19,142	24,5%	-0,654	-0,699

Na tabela 9 estão representados os níveis de incapacidade funcional dos participantes após seis meses. Verificamos que 44,4 % dos participantes atingem uma incapacidade ligeira, sendo o género masculino o que mais contribui com 47,1%. De referir que 19,4% dos participantes passados seis meses ainda possuem uma incapacidade grave, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual com 19,6%, embora a percentagem do género feminino seja semelhante com 19,0%. Quanto à incapacidade moderada denotamos uma percentagem de 36,1%, sendo o género feminino o que mais contribui (42,9%). No género feminino a percentagem de incapacidade moderada (42,9%) é superior à incapacidade ligeira, sendo a incapacidade grave em menor número como podemos observar na tabela 9.

Tabela 9 - Incapacidade Funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	n	%	Masc.	Fem.		
Grave	10	19,6	4	19,0	14	19,4	-	-		
Moderada	17	33,3	9	42,9	26	36,1	-0,8	0,8		
Ligeira	24	47,1	8	38,1	32	44,4	0,7	-0,7		

Caracterização relativa à relação entre as variáveis sociodemográficas com a variável dependente.

Procedemos ao estudo da relação entre a variável incapacidade funcional e as variáveis sociodemográficas como o género, a idade, o estado civil, a coabitação, as habilitações literárias e o rendimento familiar.

De seguida, apresentam-se os resultados com os grupos de corte utilizados (tabela 10).

Analisando os **grupos etários**, verificamos que entre os indivíduos com incapacidade grave, 42,9% têm uma idade compreendida entre os 65 e 76 anos, já na incapacidade moderada a percentagem é superior aos indivíduos com menos de 77 anos. No que diz respeito à incapacidade ligeira 40,6% tem uma idade superior ou igual aos 77 anos de idade.

Quanto ao **género**, verificamos, no que diz respeito à incapacidade grave, que 71,4% dos participantes eram do género masculino. A percentagem do género masculino é maior nas restantes incapacidades, moderada e ligeira, sendo respetivamente de 65,4% e de 75%. Relativamente ao género masculino 47,1% têm uma incapacidade ligeira, 33,3% uma incapacidade moderada e 19,6 incapacidade grave. Já no género feminino, 34,6% dos indivíduos com incapacidade moderada são mulheres, 25,0% da incapacidade ligeira e 28,6% da incapacidade grave. Relativamente ao género feminino, 42,9% das mulheres têm uma incapacidade moderada, 38,1% têm uma incapacidade ligeira e 19,0% uma incapacidade grave.

Relativamente ao **estado civil**, nos indivíduos casados ou em união de facto predominam todos os tipos de incapacidade, padecendo 71,4% de incapacidade grave, 76,9% de incapacidade moderada e 68,8% de incapacidade ligeira. De salientar que 22 indivíduos casados ou em união de facto têm uma incapacidade ligeira, o que corresponde a 42,3% dos casados; 20 têm uma incapacidade moderada (38,5%) e 10 têm uma

incapacidade grave (19,23%). Relativamente a indivíduos que não vivem acompanhados (solteiros, separados e viúvos), 50% têm uma incapacidade ligeira, 30% uma incapacidade moderada e 20% uma incapacidade grave. Em termos de incapacidade, este grupo representa 28,6% dos indivíduos com incapacidade grave, 23,1% com incapacidade moderada e 31,2% com incapacidade ligeira.

No que respeita à **coabitação**, tanto a maior percentagem de indivíduos com incapacidade grave, como com capacidade moderada e ligeira se refere a indivíduos que vivem com a família, dado ser também a grande maioria da amostra. No que refere à incapacidade grave 71,4% dos indivíduos vive com a família e 14,3% em lares ou sozinhos. Já relativamente aos indivíduos com incapacidade moderada, 76,9% vivem com a família, 15,4% sozinhos e 7,7% vive em lares. Quanto aos indivíduos com incapacidade ligeira, 68,8% vive com a família, 25,0% sozinhos e 6,2% em lares.

Em termos de **habilitações literárias**, verificamos que face aos indivíduos com incapacidade grave 64,3% dos indivíduos possuiu a 4ª classe, 21,4% estudou até ao 12º ano e 14,3% não tem habilitações literárias. Quanto aos indivíduos com incapacidade moderada 88,5% possui a 4ª classe, 11,5% tem estudos até ao 12º ano e não há ninguém sem habilitações literárias. Já relativamente aos que têm incapacidade ligeira, 56,2% possui a 4ª classe, 31,2% tem habilitações até ao 12º ano e 12,5% não tem qualquer tipo de habilitações.

No que concerne ao **rendimento familiar**, dos indivíduos com incapacidade grave, 57,1% dos participantes tem um rendimento familiar inferior a 500€; com incapacidade moderada, 46,2% têm um rendimento familiar entre os 501 e 1000€ e 37,5 % dos indivíduos com incapacidade ligeira auferem menos de 500€ ou entre 501 a 1000€.

Tabela 10 – Relação entre a incapacidade funcional após seis meses de alta e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Incapacidade Funcional		Incapacidade Grave		Incapacidade Moderada		Incapacidade Ligeira		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade										
≤ 64	4	28,5	11	38,5	8	25,0	22	30,6		
65-76	6	42,9	10	38,5	11	34,4	27	37,5		
≥ 77	4	28,6	6	23,1	13	40,6	23	31,9		
Gênero										
Masculino	10	71,4	17	65,4	24	75,0	51	70,8		
Feminino	4	28,6	9	34,6	8	25,0	21	29,2		
Estado Civil										
Solteiro, separado, viúvo	4	28,6	6	23,1	10	31,2	20	27,8		
Casado, união facto	10	71,4	20	76,9	22	68,8	52	72,2		
Coabitação										
Sozinho	2	14,3	4	15,4	8	25,0	14	19,4		
Família	10	71,4	20	76,9	22	68,8	52	72,2		
Lar	2	14,3	2	7,7	2	6,2	6	8,3		
Habilitações Literárias										
Nulas	2	14,3	0	0	4	12,5	6	8,3		
4ª Classe	9	64,3	23	88,5	18	56,2	50	69,4		
Até 12º Ano	3	21,4	3	11,5	10	31,2	16	22,2		
Rendimento Familiar										
≤500€	8	57,1	8	30,8	12	37,5	28	38,9		
501-1000€	6	42,9	12	46,2	12	37,5	30	41,7		
≥1001€	0	0	6	23,1	8	25,0	14	19,4		

Caracterização relativa à relação entre as variáveis clínicas com a variável dependente.

Procedemos seguidamente ao estudo da relação entre a variável incapacidade funcional e as variáveis clínicas como o tipo de AVC, o local do AVC, os fatores de risco e a realização ou não de um plano de reabilitação. De seguida, apresentamos os resultados com os grupos de corte utilizados (tabela 11).

Em termos de **tipo de AVC**, dos indivíduos com incapacidade grave 85,7% tiveram AVC isquémico e 14,3% tiveram AVC hemorrágico. Já no que diz respeito à incapacidade moderada, 84,6% tiveram AVC isquémico e 15,45 hemorrágico. Relativamente aos indivíduos que manifestaram incapacidade ligeira, 78,1% dos indivíduos tiveram AVC isquémico e 21,9% hemorrágico. No âmbito da percentagem dos indivíduos que tiveram

AVC isquémico, 42,4% destes ficaram com incapacidade ligeira, 37,3% com incapacidade moderada e 20,3% com incapacidade grave. No que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC hemorrágico, 53,8% ficaram com incapacidade ligeira, 30,8% com incapacidade moderada e 15,4% com incapacidade grave.

Relativamente ao **local do AVC**, os indivíduos que sofreram AVC's no hemisfério direito têm maior percentagem tanto de incapacidade grave (71,4%) como na incapacidade moderada (61,5%). Dos participantes que revelaram incapacidade funcional ligeira, 56,2% dos AVC's são no hemisfério esquerdo. Relativamente aos indivíduos que sofreram AVC no hemisfério direito, 35% ficaram com incapacidade ligeira, 40% com incapacidade moderada e 25% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC's no hemisfério esquerdo, 56,3% ficaram com incapacidade ligeira, 31,3% com incapacidade moderada e 12,5% com incapacidade grave.

No que diz respeito aos **fatores de risco**, a HTA é aquele que mais se evidencia em todos os graus de incapacidade, sendo que a totalidade dos indivíduos com incapacidade grave tem HTA como fator de risco. A dislipidémia aparece como a segunda causa de incapacidade, quer esta seja ligeira, moderada ou grave. Relativamente à diabetes mellitus, esta está presente em 35,7% dos casos com incapacidade grave, não existindo nenhum caso nos indivíduos com incapacidade ligeira. O alcoolismo aparece como sendo o quarto fator de risco nos indivíduos com incapacidade grave (28,6%), a par com o tabagismo, que se revela o terceiro fator de risco (30,8%) nos indivíduos com incapacidade moderada (tirar). O tabagismo é também a quarta causa de incapacidade, quer seja esta grave, moderada ou leve. Relativamente ao stresse, este denota-se mais nos casos de indivíduos com incapacidade ligeira e constitui a segunda causa de incapacidade, não estando associado a nenhum caso de incapacidade grave.

Quanto à realização de um **plano de reabilitação**, dos participantes com incapacidade grave, 71,4% realizou plano, já a percentagem dos participantes com incapacidade moderada foi igual, quer tenha havido ou não plano. Dos participantes que manifestaram incapacidade ligeira, 62,5% não tem um plano de reabilitação. Relativamente aos indivíduos que realizaram plano de reabilitação, 34,3% ficaram com incapacidade ligeira, 37,1% com incapacidade moderada e 28,6% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que não realizaram plano de reabilitação, 54,1% ficaram com incapacidade ligeira, 35,1% com incapacidade moderada e 10,8% com incapacidade grave.

Tabela 11 – Relação entre a incapacidade funcional após seis meses de alta e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis Clínicas	Incapacidade Funcional		Incapacidade Grave		Incapacidade Moderada		Incapacidade Ligeira		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo AVC										
Isquémico	12	85,7	22	84,6	25	78,1	59		81,9	
Hemorrágico	2	14,3	4	15,4	7	21,9	13		18,1	
Local AVC										
Hemisfério Direito	10	71,4	16	61,5	14	43,8	40		55,6	
Hemisfério Esquerdo	4	28,6	10	38,5	18	56,2	32		44,4	
Fatores de Risco										
Alcoolismo	4	28,6	8	30,8	2	6,2	14		19,4	
Tabagismo	4	28,6	6	23,1	2	6,2	12		16,7	
HTA	14	100	24	92,3	26	81,2	64		88,9	
Stresse	0	0	4	15,4	8	25,0	12		16,7	
Dislipidemia	12	85,7	22	84,6	25	78,1	59		81,9	
Diabetes Mellitus	5	35,7	5	19,2	0	0	10		13,9	
Plano de Reabilitação										
Sim	10	71,4	13	50,0	12	37,5	35		48,6	
Não	4	28,6	13	50,0	20	62,5	37		51,4	

Caracterização relativa à relação entre a funcionalidade familiar com a variável dependente.

Prosseguimos com o estudo da relação entre a variável incapacidade funcional e a funcionalidade familiar. De seguida, apresentamos os resultados com os grupos de corte utilizados (tabela 12).

Verificamos que em todos os tipos de incapacidade predominam participantes cujo apgar familiar é altamente funcional. Dentro da percentagem dos indivíduos com incapacidade ligeira, 87,5% são altamente funcionais, 6,2% são moderadamente funcionais e 6,2% são disfuncionais. No que diz respeito à incapacidade moderada, 92,3% são indivíduos altamente funcionais no que concerne à funcionalidade familiar, 7,7% são moderadamente funcionais e não há registo de indivíduos cuja funcionalidade familiar seja disfuncional. Quanto à incapacidade grave, 85,7% dos indivíduos são altamente funcionais, 14,3% são moderadamente funcionais e não existe nenhum indivíduo que seja disfuncional.

Tabela 12 – Relação entre a incapacidade funcional de a funcionalidade familiar.

Incapacidade Funcional \ Funcionalidade Familiar	Incapacidade Grave		Incapacidade Moderada		Incapacidade Ligeira		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	0	0	0	0	2	6,2	2	2,8
Moderadamente Funcional	2	14,3	2	7,7	2	6,2	6	8,3
Altamente Funcional	12	85,7	24	92,3	28	87,5	64	88,9

4.2 - Análise Inferencial

A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto donde esses elementos provieram (Pestana & Gageiro, 2005).

A análise inferencial dos dados é o que, de acordo com Fortin (2003, p. 283), permite ao investigador “estar em condições de inferir a partir de uma amostra de sujeitos para o total da população”.

Na análise dos resultados serão referenciados sobretudo os dados estatisticamente significativos, em conformidade com os coeficientes e níveis de significância já descritos no capítulo reservado ao tratamento estatístico.

Assim sendo, apresentamos de imediato os resultados da análise inferencial efetuada, tendo em conta as hipóteses anteriormente estabelecidas.

- Relação entre a incapacidade funcional e as variáveis sociodemográficas.

HIPÓTESE 1 - Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

A hipótese 1 pode ser subdividida para melhor perceção em:

Existe associação entre a idade e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre o género e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre o estado civil e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre a coabitação e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre as habilitações literárias e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre o rendimento familiar e o nível de incapacidade funcional dos participantes;

Para analisar a influência da idade na incapacidade funcional utilizamos o teste estatístico Kruskal Wallis. A idade, neste estudo, não é estatisticamente significativa em relação ao total da escala de Barthel, pois o valor de p não é explicativo ($X^2= 1,736$; $p=0,420 > 0,05$). No entanto, constatamos que a capacidade funcional neste estudo melhora com a idade, pois apresenta ordenações médias (OM) mais elevadas. Esta tendência verifica-se em todas as dimensões excepto no banho, no vestuário, no controlo vesical e na utilização de sanitário. Nas dimensões banho e vestuário, as ordenações médias são mais elevadas para indivíduos com idade compreendida entre os 65-76 anos. Já nas dimensões do controlo vesical e da utilização de sanitário, as ordenações médias são mais elevadas em indivíduos com idade inferior ou igual aos 65 anos. De salientar que para a dimensão alimentação existe um valor estatisticamente significativo ($X^2=15,32$; $p=0,000$). Pela análise das ordenações médias verificamos que estas são mais elevadas nos indivíduos com idade igual ou superior aos 77 anos, o que nos indica maior capacidade funcional desta faixa etária para a dimensão alimentação, como podemos constatar na tabela 13.

Tabela 13 – Teste Kruskal Wallis entre a idade e a incapacidade funcional após seis meses.

Idade	≤64 Anos OM	65-76 Anos OM	≥ 77 Anos OM	X^2	p
Incapacidade Funcional					
Alimentação	25,59	37,83	45,37	15,324	0,000*
Banho	37,14	37,50	34,72	0,333	0,847
Higiene Pessoal	32,68	37,17	39,37	2,860	0,239
Vestuário	30,86	39,83	37,98	3,359	0,186
Controlo Anal	34,95	36,17	38,37	0,865	0,649
Controlo Vesical	37,68	36,83	34,98	0,312	0,856
Utilização Sanitário	40,32	33,17	36,76	2,321	0,313
Transferência	33,14	34,28	42,28	3,398	0,183
Mobilidade	36,59	35,20	37,93	0,238	0,888
Subir / Descer escadas	31,32	35,80	42,28	4,014	0,134
Barthel Total	32,05	37,02	40,15	1,736	0,420

*Sig <0,005

Quanto ao **género**, utilizamos o teste de U Mann-Whitney, cujo resultado não é significativo ($U= 488,500$; $p=0,558$) em relação ao total da escala de Barthel. Não obstante, verificamos pelas ordenações médias valores mais elevados no género masculino, o que significa maior capacidade funcional para este género. Esta tendência verifica-se em todas as dimensões, excepto nas dimensões higiene pessoal, controlo anal, controlo vesical e

subir/descer escadas, onde o género feminino tem ordenações médias superiores, o que nos indica ter melhor capacidade funcional. Evidenciamos que para a dimensão alimentação existe um valor estatisticamente significativo ($U=355,500$; $p=0,006$), o que traduz melhor capacidade funcional do género masculino nesta dimensão, pois evidencia valores de ordenações médias mais elevados, como podemos constatar na tabela 14.

Tabela 14 – Teste de U Mann- Whitney entre o género e a incapacidade funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional \ Género	Masculino OM	Feminino OM	U	P
Alimentação	40,03	27,93	355,500	0,006*
Banho	36,56	36,36	532,500	0,966
Higiene Pessoal	35,44	39,07	481,500	0,300
Vestir	37,79	33,36	469,500	0,333
Controlo Anal	35,85	38,07	502,500	0,495
Controlo Vesical	35,50	38,93	484,500	0,428
Utilização Sanitário	36,77	35,83	521,500	0,825
Transferência	38,32	32,07	442,500	0,192
Mobilidade	37,26	34,64	496,500	0,609
Subir/Descer escadas	36,34	36,88	527,500	0,911
Barthel Total	37,42	34,26	488,500	0,558

*Sig <0,005

Relativamente ao **estado civil**, começamos por recodificar a variável em dois grupos: os que vivem acompanhados (casados e em união de facto) e os que vivem não acompanhados (solteiros, viúvos e separados). Seguidamente efetuamos um Teste U Mann-Whitney (tabela 15) que mostra não existirem diferenças estatisticamente significativas ($U=0,339$; $p=0,561$) para o valor total de Barthel, apesar dos valores ordenados das médias indicarem ser os indivíduos acompanhados aqueles que possuem melhor funcionalidade, quando comparados com os não acompanhados (excepto nas dimensões da higiene pessoal, do controlo anal, da utilização de sanitário e da mobilidade, onde se verificam ordenações médias superiores nos indivíduos não acompanhados - o que traduz melhor capacidade funcional destes nestas dimensões).

Tabela 15 – Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e a incapacidade funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional \ Estado Civil	Acompanhados OM	Não Acompanhados OM	U	p
Alimentação	37,42	30,10	0,546	0,460
Banho	36,88	35,50	0,085	0,771
Higiene Pessoal	35,58	38,90	0,874	0,350
Vestuário	36,65	36,10	0,014	0,905
Controlo Anal	35,96	37,90	0,345	0,557
Controlo Vesical	37,81	33,10	1,148	0,284
Utilização Sanitário	35,65	38,70	0,500	0,480
Transferência	36,69	36,00	0,020	0,887
Mobilidade	36,35	36,90	0,011	0,915
Subir / Descer escadas	37,42	34,10	0,466	0,495
Barthel Total	37,38	34,20	0,339	0,561

No que respeita à **coabitação**, os resultados não são estatisticamente significativos relativamente ao valor total de Barthel, pois através da utilização do teste Kruskal-Wallis (tabela 16) verificamos o resultado de $X^2=3,42$; $p=0,181$. Apesar disso, salientamos que as ordenações médias são maiores em indivíduos que vivem sozinhos, comparativamente com os que vivem em família ou em lares (com exceção nas dimensões da higiene pessoal, do controlo anal, do controlo vesica, onde encontramos ordenações médias superiores nos indivíduos que vivem em lares). Já na dimensão subir/descer escadas, apuramos ordenações médias superiores nos participantes que vivem com a família. De salientar que na dimensão do banho damos conta de valores estatisticamente significativos ($X^2=12,781$; $p=0,002$), o que nos indica que nesta dimensão as pessoas que vivem sozinhas têm maior capacidade funcional, pois as OM são maiores comparativamente às que vivem com a família e em lares.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre a coabitação e a incapacidade funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional \ Coabitação	Sozinho OM	Família OM	Lar OM	X ²	p
Alimentação	38,21	37,42	24,50	3,251	0,197
Banho	48,36	35,50	17,50	12,781	0,002*
Higiene Pessoal	37,36	35,58	42,50	1,482	0,477
Vestuário	40,21	36,65	26,50	2,543	0,280
Controlo Anal	36,36	35,96	41,50	1,052	0,591
Controlo Vesical	32,07	36,42	47,50	3,589	0,166
Utilização Sanitário	41,64	35,65	31,83	2,007	0,367
Transferência	40,93	36,69	24,50	3,332	0,189
Mobilidade	41,50	36,35	26,17	2,544	0,280
Subir / Descer escadas	35,93	37,42	29,83	0,922	0,631
Barthel Total	41,93	36,58	23,17	3,421	0,181

*Sig <0,005

Em termos de **habilitações literárias**, utilizamos um Teste Kruskal Wallis (tabela 17), que mostra não existirem diferenças com significado estatístico ($X^2 = 3,624$; $p = 0,163$); no entanto, a nível geral, verificamos ordenações médias mais elevadas nos participantes sem habilitações literárias, o que nos indica uma maior capacidade funcional. Nas dimensões da mobilidade, da utilização de sanitário, do vestuário, da higiene pessoal e do banho, encontramos ordenações médias superiores em indivíduos com habilitações literárias até ao 12^o ano. Já na dimensão do controlo anal, as ordenações médias mais elevadas dizem respeito aos indivíduos com a 4^a classe.

Tabela 17 – Teste Kruskal Wallis entre as habilitações literárias e a incapacidade funcional após seis meses.

Habilitações Literárias \ Incapacidade Funcional	Nulas OM	4ª Classe OM	Até 12º OM	X ²	p
Alimentação	48,50	34,82	37,25	3,472	0,176
Banho	41,50	33,34	44,50	5,108	0,078
Higiene Pessoal	30,50	36,74	38,00	1,396	0,497
Vestuário	38,50	34,66	41,50	1,899	0,387
Controlo Anal	29,50	37,18	37,00	2,043	0,360
Controlo Vesical	47,50	34,54	38,50	3,522	0,172
Utilização Sanitário	35,17	35,70	39,50	0,696	0,706
Transferência	41,50	34,98	39,38	1,162	0,559
Mobilidade	34,83	35,02	41,75	1,454	0,483
Subir / Descer escadas	48,50	34,76	37,44	3,009	0,222
Barthel Total	44,83	33,42	43,00	3,624	0,163

No que concerne ao **rendimento familiar**, os valores não são estatisticamente significativos no que diz respeito ao valor total de Barthel. Pela utilização do teste Kruskal-Wallis ($X^2=3,239$; $p= 0,198$), ao avaliar pelas ordenações médias, as pessoas com maior rendimento terão maior capacidade funcional. Na dimensão da alimentação encontramos ordenações médias superiores em indivíduos cujo rendimento familiar é inferior a 500€. Já na dimensão do controlo anal, as ordenações médias são superiores nos participantes com rendimento familiar entre 500 e 1000€. De salientar que nas dimensões do banho ($X^2=7,882$; $p=0,019$) e do subir/descer escadas ($X^2=6,422$; $p=0,040$) existem valores estatisticamente significativos e pela análise das ordenações médias inferimos que os indivíduos com rendimento familiar igual ou superior a 1001€ têm melhor capacidade funcional, após seis meses nestas dimensões, como podemos observar na tabela 18.

Tabela 18 – Teste Kruskal Wallis entre o rendimento familiar e a incapacidade funcional após seis meses.

Rendimento familiar \ Incapacidade Funcional	<500€ OM	501-1000€ OM	>1001€ OM	X ²	p
Alimentação	40,79	31,70	38,21	4,268	0,118
Banho	40,64	29,50	43,21	7,882	0,019*
Higiene Pessoal	34,79	35,30	42,50	3,449	0,178
Vestuário	35,07	33,70	45,36	4,452	0,108
Controlo Anal	33,79	36,70	41,50	3,547	0,170
Controlo Vesical	34,64	40,30	32,07	2,884	0,236
Utilização Sanitário	36,07	34,50	41,64	1,847	0,397
Transferência	37,07	35,10	38,36	0,340	0,844
Mobilidade	38,36	32,43	41,50	2,417	0,299
Subir / Descer escadas	38,29	30,70	45,36	6,422	0,040*
Barthel Total	37,86	31,90	43,64	3,239	0,198

*Sig <0,005

Pelos testes realizados, aceitamos parcialmente a hipótese H1, sendo que neste estudo as características sociodemográficas não influenciam a incapacidade funcional no seu geral após seis meses, no entanto, verificamos valores estatisticamente significativos na relação das variáveis com algumas dimensões (dimensão alimentação com idade; dimensão alimentação com o género; dimensão banho com coabitação; dimensão banho e subir/descer escadas com rendimento familiar).

- Relação entre a incapacidade funcional e as variáveis clínicas.

HIPÓTESE 2 - Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

Esta hipótese é subdividida em:

Existe associação entre o tipo de AVC e a incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre o local de AVC e a incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre os fatores de risco e a incapacidade funcional dos participantes;

Existe associação entre a realização de plano de reabilitação e a incapacidade funcional dos participantes;

Procedeu-se ao estudo entre a incapacidade funcional após seis meses de alta e as variáveis clínicas.

Em termos de **tipo de AVC**, utilizamos um teste U Mann-Whitney (tabela 19) que revelou a não existência de significado estatístico ($U=337,500$; $p=0,498$). Pela análise das ordenações médias, verificamos valores superiores no AVC hemorrágico que traduz uma melhor capacidade funcional nos participantes que tiveram este tipo de AVC. Apenas nas dimensões alimentação, vestuário e controlo vesical verificamos ordenações médias superiores nos participantes que tiveram AVC isquémico.

Tabela 19 – Teste U Mann-Whitney entre o tipo de AVC e a incapacidade funcional após seis meses.

Tipo de AVC \ Incapacidade Funcional	Isquémico Ordenações Médias	Hemorrágico Ordenações Médias	U	p
Alimentação	37,52	31,88	323,500	0,282
Banho	36,42	36,88	378,500	0,933
Higiene Pessoal	36,40	36,96	377,500	0,892
Vestuário	37,08	33,88	349,500	0,556
Controlo Anal	35,40	41,50	318,500	0,112
Controlo Vesical	36,52	36,42	382,500	0,985
Utilização Sanitário	35,79	39,73	341,500	0,432
Transferência	35,72	40,04	337,500	0,446
Mobilidade	36,04	38,58	356,500	0,675
Subir / Descer escadas	35,23	42,27	308,500	0,214
Barthel Total	35,72	40,04	337,500	0,498

Relativamente ao **local do AVC**, aplicamos o teste U Mann-Whitney (tabela 20), sendo o resultado relativamente ao valor total de Barthel de $U=498,000$ e $p=0,105$. Este valor não é estatisticamente significativo. Pelas ordenações médias verificamos que estas são maiores no hemisfério esquerdo, o que traduz melhor capacidade funcional após seis meses. Apenas na dimensão banho as ordenações médias são superiores nos indivíduos que tiveram AVC no hemisfério direito. De destacar que nas dimensões transferência e controlo vesical existe um valor estatisticamente significativo, respetivamente ($U= 488,000$; $p=0,051$) e ($U= 504,000$; $p=0,053$). Pela leitura das ordenações médias apuramos que os participantes que tiveram AVC do hemisfério esquerdo têm melhor capacidade funcional após seis meses nestas dimensões.

Tabela 20 – Teste U Mann-Whitney entre o local de AVC e a incapacidade funcional após seis meses.

Local AVC \ Incapacidade Funcional	Hemisfério Direito Ordenações Médias	Hemisfério Esquerdo Ordenações Médias	U	P
Alimentação	34,10	39,50	544,000	0,183
Banho	37,30	35,50	608,000	0,675
Higiene Pessoal	35,30	38,00	592,000	0,399
Vestuário	34,30	39,25	552,000	0,238
Controlo Anal	34,30	39,25	552,000	0,096
Controlo Vesical	33,10	40,75	504,000	0,053*
Utilização Sanitário	34,10	39,50	544,000	0,164
Transferência	32,70	41,25	488,000	0,051*
Mobilidade	34,90	38,50	576,000	0,442
Subir / Descer escadas	33,60	40,13	524,000	0,137
Barthel Total	32,95	40,94	498,000	0,105

*Sig <0,05

No que diz respeito aos **fatores de risco**, realizamos correlações de Person, tendo sido obtidos valores estatisticamente significativos para o alcoolismo ($r = -0,323$, $p = 0,006$); tabagismo ($r = -0,232$, $p = 0,050$); diabetes mellitus ($r = -0,427$, $p = 0,000$); stresse ($r = 0,219$, $p = 0,050$); e HTA ($r = -0,220$, $p = 0,050$). Apenas a dislipidemia não obteve valores estatisticamente significativos ($r = -0,016$, $p = 0,893$).

Tabela 21 – Correlação de Person entre a incapacidade funcional e os vários fatores de risco.

Fatores de Risco	R	P
Alcoolismo	0,323	0,006*
Tabagismo	-0,232	0,050*
Diabetes mellitus	-0,427	0,000*
Stresse	0,219	0,050*
HTA	0,220	0,050*
Dislipidemia	0,016	0,893

*Sig <0,05

Quanto à realização de **plano de reabilitação**, verificamos, pela utilização do Teste U Mann-Whitney (tabela 22), que existe relação estatisticamente significativa ($U = 453,500$; $p = 0,028$) e pela avaliação das médias os indivíduos que não realizaram plano de

reabilitação terão melhor capacidade funcional após seis meses. Apenas encontramos ordenações médias superiores nos indivíduos que realizaram plano de reabilitação na dimensão utilização de sanitário. De realçar que nas dimensões higiene pessoal, vestuário e controlo anal encontramos valores estatisticamente significativos, sendo respetivamente (U= 425,500; p=0,000); (U= 381,500; p=0,000) e (U= 462,500; p=0,001). Através da análise das ordenações médias aferimos que os participantes que não realizaram plano de reabilitação têm melhor capacidade funcional após seis meses nestas dimensões, pois as suas ordenações médias são mais elevadas, comparativamente aos indivíduos que realizaram plano de reabilitação.

Tabela 22 – Teste U Mann-Whitney entra a realização ou não de plano de reabilitação e a incapacidade funcional após seis meses.

Plano Reabilitação \ Incapacidade Funcional	Sim Ordenações Médias	Não Ordenações Médias	U	p
Alimentação	35,13	37,80	599,500	0,508
Banho	32,93	39,88	522,500	0,103
Higiene Pessoal	30,16	42,50	425,500	0,000*
Vestuário	28,90	43,69	381,500	0,000*
Controlo Anal	31,21	41,50	462,500	0,001*
Controlo Vesical	33,10	39,72	528,500	0,093
Utilização Sanitário	36,79	36,23	637,500	0,886
Transferência	34,67	38,23	583,500	0,415
Mobilidade	33,90	38,96	556,500	0,277
Subir / Descer escadas	33,30	39,53	535,500	0,153
Barthel Total	39,96	41,74	453,500	0,028*

*Sig <0,05

Pelos testes realizados, aceitamos parcialmente a hipótese H2, sendo que neste estudo os fatores de risco, excepto a dislipidemia, e a não realização de plano de reabilitação influenciam a incapacidade funcional após seis meses.

- Relação entre a incapacidade funcional e a funcionalidade familiar.

HIPÓTESE 3 - Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de incapacidade funcional após seis meses.

Pela aplicação do teste Kruskal-Wallis (tabela 23) verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa ($X^2=1,545$; $p=0,462$) entre a incapacidade funcional e a funcionalidade familiar. Não obstante, verificamos que as ordenações médias são superiores para indivíduos cuja funcionalidade familiar é disfuncional, excepto nas dimensões alimentação, em que as ordenações médias são mais elevadas para participantes altamente funcionais e na dimensão subir e descer escadas, cujas ordenações médias são superiores nos indivíduos com uma funcionalidade familiar moderada.

Tabela 23 – Teste Kruskal Wallis entre a funcionalidade familiar e a incapacidade funcional após seis meses.

Incapacidade Funcional \ Funcionalidade Familiar	Disfuncional OM	Moderadamente Disfuncional OM	Altamente Funcional OM	X^2	p
Alimentação	12,50	36,50	37,25	4,068	0,131
Banho	53,50	29,50	36,63	2,665	0,264
Higiene Pessoal	42,50	30,50	36,88	1,627	0,443
Vestuário	50,50	26,50	37,00	3,227	0,199
Controlo Anal	41,50	29,50	37,00	2,290	0,318
Controlo Vesical	47,50	23,50	37,38	4,680	0,096
Utilização Sanitário	46,50	35,17	36,31	0,794	0,672
Transferência	52,50	36,50	36,00	1,543	0,462
Mobilidade	59,50	26,17	36,75	4,366	0,113
Subir / Descer escadas	26,50	37,50	36,72	0,611	0,737
Barthel Total	45,50	27,50	37,06	1,545	0,462

Pelos testes realizados, rejeitamos a hipótese H3, sendo que neste estudo a funcionalidade familiar não influencia a incapacidade funcional após seis meses.

No quadro seguinte estão representadas as variáveis que exercem influência em algumas das dimensões da incapacidade funcional.

Quadro 8 – Variáveis que exercem influencia com a incapacidade funcional.

Variável	Dimensão / Incapacidade Funcional	p (sig)
Idade (maior idade maior capacidade)	Alimentação	0,000
Género (masculino)	Alimentação	0,006
Coabitação	Banho	0,002
Rendimento Familiar	Banho	0,019
Rendimento Familiar	Subir / Descer Escadas	0,040
Local AVC	Controlo Vesical	0,053
Local AVC	Transferência	0,051
Alcoolismo	Incapacidade Funcional	0,006
Tabagismo	Incapacidade Funcional	0,050
Diabetes Melitus	Incapacidade Funcional	0,000
Stresse	Incapacidade Funcional	0,050
HTA	Incapacidade Funcional	0,050
Plano de Reabilitação	Higiene Pessoal	0,000
Plano de Reabilitação	Vestuário	0,000
Plano de Reabilitação	Controlo Anal	0,001
Plano de Reabilitação	Incapacidade Funcional	0,028

5 - Discussão dos resultados

Neste ponto iremos discutir e interpretar os dados anteriormente analisados, salientando os resultados mais relevantes, de modo a auferir conclusões, dando assim resposta aos objetivos delineados inicialmente.

A nossa amostra foi constituída por 72 participantes, vítimas de AVC, maioritariamente do género masculino (70,8%). A American Heart Association (2010, p.2402) refere que a incidência do AVC no género masculino é superior à do género feminino. Esta afirmação vai de encontro aos resultados do nosso estudo e de estudos anteriormente realizados como Ricardo (2012), Costa (2010), Borges (2013).

No que respeita à variável idade, esta oscilou entre os 48 e os 80 anos, tendo uma média de 69,49 anos, sendo o grupo mais representativo o dos 65 aos 76 anos, constituindo 37,5% da amostra. De acordo com a SPAVC citado por Ricardo (2012, p.67), cerca de 40% dos doentes que sofrem um AVC têm idade superior a 65 anos.

No referente a outras variáveis sociodemográficas utilizadas na caracterização da amostra, podemos de um modo geral descrevê-la dizendo que a maioria dos sujeitos são casados 72,2%, vivem na sua grande maioria com familiares (72,2%), têm um nível de habilitações literárias na sua maioria até à 4ª classe (69,4%) e auferem um rendimento familiar inferior a 1000€. Estes dados vão de encontro aos estudos realizados por Costa (2010), Andrade e Martins (2011) e Pereira (2014). Quanto ao baixo nível de escolaridade da nossa amostra, este é compatível com os valores referidos pela Agência Nacional para a Qualificação (s/d) ao expor que os níveis baixos de escolarização existentes em Portugal atingem sobretudo as gerações mais velhas.

Quanto às variáveis clínicas inerentes à nossa investigação, podemos constatar que 81,9% dos doentes da nossa amostra sofreram um AVC isquémico e apenas 18,1% sofreram AVC Hemorrágico, indo de encontro aos estudos de Pires (2014), Ramos (2012), Pereira (2014), Ricardo (2012) e Costa (2010).

No respeitante ao lado da lesão, 55,6% dos AVC's ocorreram no hemisfério direito e 44,4% no hemisfério esquerdo. Apesar de o hemisfério direito ter afetado mais elementos da nossa amostra, os estudos por nós pesquisados não se referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade e consideram que os vasos maioritariamente afetados no AVC são: a artéria cerebral média e a carótida interna, constituindo estes o principal aporte sanguíneo aos hemisférios.

Algumas das fortes determinantes para o aparecimento do AVC são os fatores de risco. Todos os fatores de risco estudados, à exceção da dislipidémias, apresentaram correlações estatisticamente significativas. A HTA está presente em 88,9% dos sujeitos da nossa amostra; 81,9% dos participantes têm dislipidémia e 19,4% têm consumo excessivo de álcool. Encontramos também percentagens iguais quanto ao tabagismo e stresse (16,7%), sendo que apenas 13,9% dos participantes têm diabetes. Estes valores são semelhantes aos encontrados por Costa (2010) onde a HTA e dislipidemia têm maior percentagem, sendo que neste caso a diabetes é o terceiro fator de risco. Pires (2014) obtiveram resultados semelhantes, sendo HTA o principal fator de risco. Em relação aos antecedentes clínicos, Antunes (2012, p.54), num estudo realizado com indivíduos que sofreram AVC no concelho do Sabugal, constataram que a HTA é o antecedente clínico mais prevalente, sendo na sua amostra um total de 56.3% e o menos prevalente a Diabetes, com apenas 5.5%. Auditorias sobre tratamento do AVC têm revelado que o deficiente controlo da pressão arterial é o mais importante fator de mortalidade, apesar de ser um fator de risco evitável e tratável.

Outra variável clínica considerada foi a realização de plano de reabilitação após a alta. Verificamos que a maioria não teve plano de reabilitação (51,4%), sendo a maioria destes do género masculino (51%). Também no estudo de Coelho (2011, p.75) apenas dois terços da amostra usufruíram de programa de reabilitação.

Corrobamos Silva, (2010, p.22) quando afirma que a intensidade do programa de reabilitação não está claramente demonstrado, contudo é evidente que existe uma associação entre o aumento da frequência de programas de reabilitação e a melhoria da funcionalidade dos doentes. No entanto Pereira e Guedes (2011, p.84) esclarecem que a intensidade do programa de reabilitação depende muito do estado do doente e do seu grau de incapacidade.

Menoita (2012, p.66) diz-nos que o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais precoce possível, sendo a existência de um profissional de reabilitação uma mais-valia na recuperação da pessoa. De referir que neste estudo os participantes não tiveram sessões de reabilitação por parte de enfermeiro de reabilitação durante o internamento e o programa realizado após a alta foi efetuado por outros profissionais.

A OMS citado por Pereira e Guedes (2011, p.84) preconiza que aos 90 dias após AVC, 70% dos indivíduos afetados sejam independentes nas atividades de vida diária. Neste sentido é de todo importante e necessário que os doentes que sofreram AVC tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados e diferenciados, nomeadamente a um programa de reabilitação, desde a fase aguda e prologando-se após a alta (Pereira & Guedes, 2011, p.84).

Segundo o regulamento 125/2011, para a Ordem dos enfermeiros, a enfermagem de reabilitação contribui com ganhos em saúde em todos os contextos: no que diz respeito quer à prevenção de incapacidades, quer na recuperação das capacidades de um doente que sofreu AVC, proporcionando à pessoa a uma maior autonomia. Igualmente a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados surgiu como uma mais-valia, na medida em que promove a autonomia, recuperação global, independentemente da idade e da doença (Cuidados Continuados, 2013, p.69).

Relativamente à funcionalidade familiar, verificamos um bom suporte familiar por parte dos participantes, sendo a sua grande maioria classificados como altamente funcionais. No entanto não encontramos associações significativas, embora em estudos anteriores como de Antunes (2012, p.79) se tenha concluído que quanto melhor a funcionalidade familiar, melhor é a capacidade de raciocinar e memorizar; melhor é a capacidade de comunicar e compreender; melhor é a capacidade de executar atividades diárias; melhor é a capacidade de se mover em casa e fora dela; melhor é a capacidade em participar em atividades profissionais familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC.

Encontramos valores estatisticamente significativos quando avaliamos a capacidade funcional pelas dimensões do índice de Barthel individualmente. Relativamente à idade verificamos que no que concerne à função alimentação, os indivíduos com maior idade apresentam maior capacidade funcional e que entre o género, os homens são mais independentes que as mulheres. Este resultado pode traduzir que os indivíduos com menor idade tiveram AVC's com maior gravidade e que por esse motivo após seis meses ainda não tinham alcançado uma adequada capacidade funcional.

Relativamente à coabitação, as pessoas que vivem sozinhas têm melhor capacidade funcional no que diz respeito à atividade banho, o que nos diz que as pessoas que ficaram mais dependentes após AVC vivem acompanhadas.

Constatamos que as pessoas com maior rendimento familiar possuem melhor capacidade funcional nas atividades de banho e subir/descer escadas. Podemos aferir que estas pessoas puderam usufruir de equipamentos adaptativos que melhoraram a realização destas atividades.

No que diz respeito ao local do AVC, os participantes que tiveram AVC localizado no hemisfério esquerdo têm melhor capacidade funcional no que diz respeito ao controlo vesical e transferência, comparativamente aos participantes que tiveram AVC no hemisfério direito. Pela revisão da temática, sabemos que indivíduos com AVC no hemisfério direito poderão ficar com maior impulsividade, são altamente desconcentrados, apresentando défices de percepção e inconsciência dos défices com negação dos mesmos.

Neste estudo a realização de um plano de reabilitação após a alta não traduz melhor capacidade funcional, pelo contrário, neste estudo os participantes que não realizaram plano de reabilitação têm melhor capacidade funcional. Os valores são estatisticamente significativos, em especial nas atividades vestuário, higiene pessoal e controlo anal. Depreendemos que os participantes que tiveram plano de reabilitação eram doentes com um maior grau de incapacidade aquando da alta e por isso a recuperação após seis meses não foi tão evidente como a recuperação dos participantes que não necessitaram de plano de reabilitação após alta.

6. Conclusão

Com o presente estudo pretendíamos atingir os objetivos referenciados na metodologia e, nesse sentido, foram descritas as características sociodemográficas e clínicas; identificada a funcionalidade familiar e a capacidade funcional dos utentes e analisada a correlação entre as várias variáveis e a variável dependente.

A avaliação da incapacidade funcional após AVC e o reconhecimento de que a sua avaliação deve integrar a perspetiva da pessoa é amplamente considerada, dado ser importante relacionar quais os fatores que interferem na funcionalidade registada nestas pessoas.

A capacidade funcional é considerada como um indicador de Saúde, sendo cada vez mais valorizado. Os enfermeiros especialistas em reabilitação assumem um papel determinante nesta conjuntura, na medida em que são um elemento nuclear na recuperação ou manutenção da capacidade funcional.

Para alcançar os objetivos, recorremos a um estudo transversal, orientado numa lógica descritivo-correlacional, que contou com uma amostra de 72 indivíduos, acompanhados na consulta externa de AVC da ULSG que tiveram anteriormente internados na unidade AVC.

Dos 72 sujeitos da amostra concluiu-se que, no que se refere aos aspetos sociodemográficos, 51 eram do género masculino e 21 do género feminino, apresentando uma média de idades de 69,49 anos. Os elementos da amostra são maioritariamente casados 72,2%, sendo os restantes 27,8% viúvos, solteiros ou separados. Vivem na sua maioria com a família (72,2%). Do total da amostra 69,4% possui apenas a 4ª classe, apresentando um rendimento familiar entre os 500 e 1000 euros (41,7%).

No que respeita à caracterização clínica constou-se que o tipo de AVC mais frequente foi o isquémico, 81,9%, a área mais atingida foi o hemisfério direito com 55,6% dos casos.

Relativamente aos fatores de risco, a HTA é o mais prevalente, sendo verificada em 88,9% dos casos, seguida da dislipidémia (81,9%), do alcoolismo (19,4%), do tabagismo e do stresse (16,7%) e da diabetes (13,9%).

Quanto à realização de programa de reabilitação após a alta, verificamos que a maioria dos participantes (51,4%) não teve continuidade no que diz respeito à reabilitação.

Verificamos, relativamente à funcionalidade familiar, que 88,9% dos participantes foram classificados como tendo uma funcionalidade familiar altamente funcional; já no que concerne à incapacidade funcional, 19,4% dos participantes apresenta uma incapacidade grave ao fim de seis meses, 36,1% uma incapacidade moderada e 44,4% uma incapacidade ligeira.

Da análise dos dados concluiu-se que neste estudo existem diferenças significativas quando avaliada a incapacidade funcional pelas suas várias dimensões do que no todo. Mesmo assim verificamos que a não realização de plano de reabilitação influenciou a capacidade funcional.

Analisando pelas dimensões, verificamos que existem diferenças significativas no que diz respeito à alimentação com o género e idade, ao banho com a coabitação e rendimento familiar, subir e descer escadas com o rendimento familiar, local de AVC com o controlo vesical e transferência, em todos os fatores de risco, exceto na dislipidemia e no plano de reabilitação com a higiene pessoal, vestuário e controlo anal.

Assim sendo, sugerimos a continuidade de estudos semelhantes, dada a sua pertinência com o aprofundamento e inclusão de outras variáveis, como por exemplo a extensão do AVC, os dias de internamento, a realização ou não de cuidados de enfermagem de reabilitação e o tempo das sessões de reabilitação.

Neste contexto seria relevante um investimento rigoroso no processo de reabilitação destas pessoas, facilitando a integração social, de forma a possibilitar a satisfação de aspetos, tais como a capacidade para o trabalho e a maior independência nas atividades de vida.

A enfermagem de reabilitação tem como alvo prevenir complicações provocadas pelas sequelas do AVC, promover a independência a nível das atividades de vida, potenciar as capacidades, preservar a autoestima e a qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital, bem como da família e comunidade. No entanto, caso não haja reabilitação precoce e continuidade dos cuidados de reabilitação, estas pessoas podem perder capacidades adquiridas, desenvolver outras complicações e conseqüente aumento dos dias de internamento e aumento do risco de reinternamentos.

Nesta linha de pensamento seria oportuno sugerir que se aposte mais nos programas de reabilitação o que constitui uma importante componente de um plano compreensivo para prestar cuidados de saúde a pessoas com AVC, ajudando-os a ter uma melhor qualidade de vida. Não existindo atualmente enfermeiro de reabilitação na Unidade de AVC da ULSG, seria de todo importante que se incluísse na equipa da mesma unidade um profissional deste tipo, pois como podemos verificar existe um caminho a realizar na prevenção da doença e promoção da saúde, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades dos doentes. O enfermeiro de reabilitação é o profissional

com competência para prestar cuidados tendo em vista os padrões de qualidade enunciados anteriormente. Sendo a ULSG uma instituição de saúde com unidades orgânicas, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível de cuidados diferenciais como são os hospitais, o enfermeiro especialista de reabilitação seria um elo entre estes dois níveis de cuidados. Verificamos que praticamente a totalidade dos fatores de risco apresentaram valores significativos. Sugerimos a implementação de projetos de reabilitação nos centros de saúde com o objetivo de prevenir e controlar os fatores de risco de AVC. A criação de um maior número de Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade com enfermeiros de reabilitação nas equipas de cuidados continuados integrados, pois verificamos que a maior parte dos participantes deste estudo após a alta hospitalar não têm acompanhamento de qualquer tipo de reabilitação, sendo que o apoio dado a estes participantes é realizado pela família. Indo de encontro a esta sugestão, verificamos que os participantes preferem viver em família ou sozinhos na sua habitação do que serem institucionalizados.

As estratégias de intervenção devem abarcar a reabilitação da pessoa o mais precocemente possível, bem como o envolvimento quer da pessoa, quer da família no processo de reabilitação.

Aqui não se pode deixar de mencionar a importância das unidades de AVC, reconhecidas atualmente como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC, as quais têm surgido por todo o país com a finalidade de proporcionar a estas pessoas, o mais rápido possível, o melhor tratamento e os melhores cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como objetivo uma recuperação mais rápida.

No entanto a rede de cuidados continuados, apesar de ter melhorado nos últimos anos, parece ainda não ser suficiente face às necessidades, o que leva a uma elevada taxa de reinternamentos, pelo facto dos familiares terem dificuldade em lidar com a nova situação da pessoa, devido à sua dependência ou mesmo por não terem condições para cuidar dele. Uma melhor articulação entre cuidados de saúde secundários e primários ou Unidades de Cuidados Continuados relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação seria um fator importante na melhoria da qualidade de vida da pessoa, família e comunidade.

As famílias/prestadores de cuidados fornecem parte dos cuidados e apoio às pessoas vítimas de AVC, o que implica novos modos de fazer e saber, desempenhado o enfermeiro de reabilitação um papel fundamental na educação para a saúde. Esta é, assim, indispensável, dado que permite a aquisição de conhecimentos e competências, capacitando-os e melhorando as suas intervenções.

A avaliação da capacidade funcional requer uma avaliação sistemática das consequências funcionais da doença, que incluem as habilidades e o potencial para o desempenho de atividades, de forma independente e o envolvimento ou participação deste na sociedade. Portanto, a adoção de instrumentos de avaliação torna a atuação do

profissional de reabilitação mais fiel às atividades que realmente lhe competem, que são a avaliação e a intervenção sobre a funcionalidade dos pacientes.

Terminado este estudo, fica a convicção de que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos. Este permitiu um enriquecimento do conhecimento sobre a problemática das pessoas vítimas de AVC, para uma melhor intervenção na prestação de cuidados a estas pessoas em função das suas necessidades. Este será indubitavelmente um ponto de partida para muitas reflexões. Sabemos que este estudo contém algumas limitações, principalmente no que diz respeito à falta de algumas variáveis clínicas de interesse, como a extensão do AVC e o tempo de internamento. Outro problema encontrado foi a seleção dos participantes, pois tivemos dificuldades em conseguir realizar a colheita de dados a pessoas com alterações cognitivas graves, tendo isso como resultado uma amostra com menor incapacidade funcional do que à partida se estaria à espera.

De forma mais concreta fica a convicção de que, na ULSG, este estudo possa vir a ser um impulsionador da valorização do trabalho levado a cabo pelos enfermeiros de reabilitação e que, à parte dos constrangimentos económicos, possa ser dada oportunidade a estes profissionais para desempenharem a sua atividade profissional, com base nos conhecimentos especializados adquiridos, no maior número de serviços possíveis e em especial na Unidade de AVC.

Numa lógica de produção de conhecimento pretende-se que este estudo seja impulsionador de desenhos de programas de intervenção, visando minimizar as deficiências adquiridas e reduzindo consequentemente as incapacidades e desvantagens à *posteriori* a que estão sujeitos as pessoas vítimas de AVC.

7. Lista de Referências

- American Heart Association (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. Acedido em <http://stroke.ahajournals.org/content/41/10/2402.full.pdf>.
- AHA/ASA (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*; 42:517-584.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.
- Antunes, P. (2012). Impacto do AVC no estado de saúde do individuo (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1969>.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Qualidade de Vida*. vol. 25, nº 2, p. 59-66.
- Barbosa, M. (2012). Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática (Dissertação de Mestrado da Faculdade Economia Universidade Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/21495>.

- Borges, S. (2013). Factores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós Avc estudo comparativo (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1968>.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra. Formasau.
- Brown, A. & King, D. (2011). Urgências Neurológicas. In: Sheely. Enfermagem de Urgência da teoria á prática. Loures: Lusociência, pp. 497-507.
- Cerveira, J. (2011) Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes socio-demográficas e clínicas (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1616>.
- Coelho, R. (2011). Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>.
- Conselho Internacional de Enfermeira (2006) – Classificação internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Versão 1.0. Lisboa: IGIF
- Costa, R. (2010) Factores preditores do estado da saúde em indivíduos vítimas de AVC (Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/3896>.
- Cuidados Continuados (2013). Implementação e monitorização da rede Nacional de cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Relatório Final. Pp 93.

Decreto-Lei nº 101 /2006. (2006, junho 6). Diário da Republica- 1ª serie-A, pp.3856-3865.

Acedido em https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf.

Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (2014), Protocolo de Acidente

Vascular Cerebral, Fisioterapia. Acedido em [http://medicalsuite.einstein.br/pratica-](http://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizesassistenciais.aspx?busca=Acidente%20vascular%20cerebral&Especialidade=)

[medica/Paginas/diretrizesassistenciais.aspx?busca=Acidente%20vascular%20cerebral&Especialidade=](http://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizesassistenciais.aspx?busca=Acidente%20vascular%20cerebral&Especialidade=).

Diz, E. (2012). Avaliação da quantidade e qualidade do uso do membro superior parético em

contexto domiciliar em indivíduos vítimas de avc através da escala motor activity log

(Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de

Saúde de Bragança). Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/7701>.

EUSI (2003). European Stroke Initiative Executive Committee, EUSI Writing Committee.

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update.

Cerebrovascular Disease, Vol. 16, nº 4, 311-337.

Ferro,J.,Fonseca, A. & Henriques, I. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC*

Isquémico. Lisboa. in The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. pp. 1-125.

Ferro, M. J. (2006). Prevenção secundária do AVC. Pathos, pp. 8-13.

Figueiredo, D. (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. 1ª ed.. Lisboa: Climepsi

Editores. 236p.

- Fontes, A. (2014). *Funcionalidade e incapacidade - Conceptualização, Estrutura e Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lusodidacta, Loures.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, C. (2011). *Dependência funcional dos idosos pós acidente vascular cerebral* (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1629>.
- Gonçalves. (2010). *Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas familiares* (Dissertação de Mestrado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Acedido em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>.
- Humphred, P., Gibson J. e Jones S. (2010). Reducing the risk of stroke. In *Acute stroke nursing*. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editores). Oxford. Wiley-Blackwell – A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Leal, F. (2001). *Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Edição Sinais Vitais. Pp.220.
- Mackay, J., & Mensah, G. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. WHO.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). *Functional Evolution: the Barthel Index*. *Maryland State Med Journal* 1965;14:p.56-61.

Manual Merck (Fevereiro de 2015). Doença Vascular Cerebral e Perturbações Afins.

Biblioteca Médica Online. Acedido em: <http://www.manualmerck.net/?id=100&cn=0>.

Marques, F. (2012). Independência funcional do doente pós AVC (dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1619>.

Martins, L. (2015). Hipertensão – Factos e Mitos. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. Número 46. Março / Abril 2015.

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Editora Lusociência.

National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (2013). Brain Basics: Preventing Stroke. Acedido em: www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/preventing_stroke.

Organização Mundial De Saúde (OMS). (1989). – Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2001). International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2006). Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2009). WHO Steps stroke manual. Acedido:

<http://www.who.int/chp/steps/Manual.pdf>.

Organização Mundial Saúde. (2015). WHO - Health Topics: Stroke, Cerebrovascular.

Acedido em http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.

Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda.

Rev. Port. Med. Int. Lisboa. Vol. 18, nº3 (2011), p.81-87.

Pereira, M. (2014). Relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados (dissertação de

Mestrado da Universidade Católica Portuguesa). Acedido em:

<http://hdl.handle.net/10400.14/17235>.

Pereira, S. (2014). Nível de independência e autonomia no auto cuidado da pessoa idosa

após AVC: Cuidados Continuados de Convalescença (Dissertação de Mestrado da

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em: esenfc.pt/?url=oQofkLKn.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais – A

complementaridade do SPSS. 3.^a Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2000). Análise de dados para ciências sociais – A

complementariedade do SPSS. 2.^a edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Phipps, W. J., Sandy, J.K., Marek, J.F. (2003) Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e

prática clínica. 6.^aedição. Loures, Lusociência.

Pires, G. (2014). O perfil do utente com Acidente Vascular Cerebral (Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Tecnologias do Porto. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.22/4545>.

Portal de Codificação e do Grupo Diagnóstico Homogénio. Acedido em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal.

Portugal, Alto Comissariado da Saude, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. Lisboa.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013), acedido em : https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal (2006). Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares Orientações Programáticas. Acedido em www.dgs.pt.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2010) – Acidente Vascular Cerebral – Itinerários clínicos. Lisboa-Porto: Lidel.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2011), Norma nº 054/2011 de 27/12/2011.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal. (2012). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações Programáticas. Acedido em www.dgs.pt

- Ramos, A. (2012) – Doença Cerebrovascular Aguda. Análise do tipo de cuidados recebidos pelos doentes que recorreram ao serviço de urgência do Hospital Sousa Martins – Guarda (Dissertação de Mestrado em Medicina da Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde). Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1103>.
- Rangel, E.; Belasco, A. & Diccini, S. (2013) Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. Acta paul. enferm. São Paulo. Vol.26, nº2. p. 205-212. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>.
- Regulamento nº 125/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da Republica, 2ª serie – nº35, pp.8658-8659. Acedido em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf.
- Ricardo, R. (2012). Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança). Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/7680>.
- Rua, M. (2012). Qualidade de vida do doente após Acidente Vascular Cerebral 8Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1659>.
- Ryerson, S. (2010)- Hemiplegia. In UMPHRED, D. – Reabilitação Neurológica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 811p..

Salgueiro, H. (2011) – Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. Março. p.32-36.

Santos, C. (2011) Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados: o idoso, a alta e a capacidade funcional (Dissertação de Mestrado da Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/12011>.

Sequeira, C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família (Tese de Doutoramento do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto).

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Silva, E. J. A. (2010). Reabilitação após o AVC (Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina do Porto). Acedido em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>.

Silva, S. (2012). Program “Via Verde do AVC”: analysis of the impacto on strocke mortality (Dissertação de Mestrado da Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/11838>.

Smilkstein, G. (1978). The Family Apgar: A proposal for family function test and its use by physicians. Journal of Family Practice, 6(6). Pp.1231-1239.

Teles, M. & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de paciente com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl- Meyer- Revista Neurociências, 20 (1):42-49.

Urden, L.D. Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). *Thelan's Enfermagem em cuidados intensivos*. 5ª edição. Lusididacta: Lisboa.

Vera, I., Lucchese, R., Munari, D. B. & Nakatani A. Y. K. (2014). Índice Apgar de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Revista eletrónica de enfermagem* janeiro/ março. Acedido em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>.

Ricardo Miguel Lourenço Correia

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da

Unidade Local de Saúde da Guarda

Guarda, 29 de setembro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação e aplicação de método de colheita de dados

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2013/2014, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, estamos a desenvolver um estudo intitulado “A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: após 6 meses da alta clínica.”. Neste sentido, vimos solicitar a Vossa Excelência, autorização para a aplicação de um questionário (cf. Anexo) aos utentes da consulta externa de AVC, que tenham estado internados na U-AVC do Hospital Sousa Martins durante o ano de 2014 e que tenham tido alta há mais de seis meses. O estudo é realizado pelo enfermeiro Ricardo Correia sob orientação e colaboração da professora doutora Rosa Martins.

Pensamos que este estudo seja pioneiro na instituição e por isso de importância elevada, pois poderemos constatar a evolução dos utentes que tenham estado internados na U-AVC da ULS Guarda.

Os objetivos deste estudo são: identificar a independência funcional dos participantes e saber quais os determinantes que influenciam a independência funcional dos participantes. Trata-se de um estudo não exploratório descritivo correlacional. A realização do estudo irá decorrer durante o ano 2015, perspetivando-se o início da colheita de dados logo após aprovação da comissão de ética.

Os dados recolhidos com o respetivo questionário são absolutamente confidenciais e anónimos e que serão utilizados apenas para realização do estudo em causa.

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos.

Ricardo Correia

Ricardo Miguel Joaquim Correia

Contato: telemóvel 965567004 – email: rikardo_correia@hotmail.com

APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: internados na Unidade de AVC da ULS Guarda após 6 meses da alta clínica.” e cujos objetivos principais são: Identificar a independência funcional dos participantes; Saber quais as determinantes que influenciam a independência funcional dos participantes.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome

Assinatura do participante

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade __/__/____

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do investigador

Assinatura _____

APÊNDICE III – Autorização do Conselho de Administração da ULSG



5314 11453*1412-5 1531

Ex^{mo(a)}. Senhor(a)
Enf. Ricardo Miguel Lourenço Correia
Unidade de AVC
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo subordinado
ao tema "A independência funcional dos doentes com
Acidente Vascular Cerebral: após 6 meses de alta clínica"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da CES, nada temos a opor ao desenvolvimento do projeto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *H. B. Pereira*

O Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

(Dr. Luís Gil Barreiros)

LGB/IM



APÊNDICE IV – Instrumento Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professora Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Ricardo Correia

CURSO: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Independência Funcional de doentes com AVC: internados na Unidade de AVC da ULS Guarda após 6 meses da alta clínica

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Viseu, Janeiro 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: internados na Unidade de AVC da ULS Guarda após 6 meses da alta clínica.

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo que:

- O estudo tem como objetivo principal estudar a independência funcional dos doentes com Acidente Vascular Cerebral após seis meses da alta clínica da Unidade de AVC da ULS Guarda, bem como alguns fatores que poderão influenciar a sua independência funcional.
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objetivo da presente investigação;
- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

Obrigado pela sua
colaboração

P'la Equipa de
Investigação

Prof. Doutora Rosa
Martins

Enfº. Ricardo Correia

Seção A – Caracterização sociodemográfica

Por favor, assinale com uma cruz as hipóteses que correspondem à sua situação e/ou preencha os espaços_____.

1. Idade:_____

2. Género:

Feminino

Masculino

3. Estado civil:

Solteiro

Casado

União de facto

Outro

Viúvo

Divorciado/separado

Qual?_____

4. Com quem vive:

Só

Familia

Lar

Outros Qual?_____

5. Habilitações literárias:

Nulas

4ª Classe

Até ao 12º Ano

6. Rendimento familiar:

Igual ou Inferior 500 euros 501 - 1000 euros

Superior a 1000 euros

Seção B – Variáveis Clínicas

Por favor, assinale com uma cruz as hipóteses que correspondem à sua situação

1. Tipo de AVC:

Isquémico Hemorrágico Lacunar

2. Localização:

Hemisfério Direito Hemisfério Esquerdo

3. Fatores de risco:

Alcoolismo Tabagismo HTA Stress Dislipidemia Diabetes

4. Realização de plano de reabilitação?

Sim Não

Seção C - Funcionalidade Familiar ESCALA DE APGAR FAMILIAR

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?			
2. Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?			
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4. Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5. Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?			
TOTAL			

Seção D - Independência funcional

no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminação – Índice de Barthel

Variável	Pontuação
Alimentação	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda ou dieta modificada – 5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0 <input type="checkbox"/>
Banho	Independente – 5 <input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 0 <input type="checkbox"/>
Higiene Pessoal	Independente – 5 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda – 0 <input type="checkbox"/>
Vestir	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0 <input type="checkbox"/>
Controlo Anal	Continente – 10 <input type="checkbox"/>
	Acidente Ocasional – 5 <input type="checkbox"/>
	Incontinente – 0 <input type="checkbox"/>
Controlo Vesical	Continente – 10 <input type="checkbox"/>
	Acidente Ocasional – 5 <input type="checkbox"/>
	Incontinente – 0 <input type="checkbox"/>
Utilização da Sanita	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Dependente – 0 <input type="checkbox"/>
Transferência	Independente – 15 <input type="checkbox"/>
	Alguma Ajuda - 10 <input type="checkbox"/>
	Muita Ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Totalmente Dependente – 0 <input type="checkbox"/>
Mobilidade	Independente – 15 <input type="checkbox"/>
	Ajuda Verbal – 10 <input type="checkbox"/>

	Independente em cadeiras de rodas – 5	<input type="checkbox"/>
	Imóvel – 0	<input type="checkbox"/>
Subir/Descer escadas	Independente – 10	<input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 5	<input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0	<input type="checkbox"/>
TOTAL		