

Pedro José Neves Antunes

Impacto do AVC no estado de Saúde do Indivíduo

**Tese de Mestrado**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque





## **Dedicatória**

A minha família. Pai, Mãe, Mano... POR TUDO!!!!

A todas as pessoas que abracei e cumprimentei durante a realização deste trabalho e me revelaram mais do que aquilo que pedia... Ainda há tanto por descobrir!!!!

A todos aqueles que, quando a vontade fraqueja, me ajudam a levantar e me mostram que ainda vale a pena!

Por último mas não menos importante. Ao amigo e colega (permita-me) ... Professor Doutor Carlos Albuquerque. Pela boa disposição, simpatia, perseverança e ensinamentos.



## RESUMO

**Introdução** - O Acidente Vascular Cerebral é hoje uma patologia que para além de representar a principal causa isolada de mortalidade, constitui também a principal causa de morbilidade no conjunto das doenças cardiovasculares, o que significa que as consequências relacionadas com a incapacidade resultante têm representação preponderante na medida de impacto na saúde do indivíduo. Neste pressuposto, o objectivo central deste trabalho pretende identificar as variáveis determinantes do impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo vítima desta patologia.

**Métodos** - Conceptualizamos um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo - correlacional, tendo recorrido a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 55 indivíduos com idades compreendidas entre os 60 anos e 92 anos (M= 76.64; Dp= 7.79), residentes no Concelho do Sabugal e vítimas de AVC. O instrumento de colheita de dados incorpora uma secção de caracterização socio-demográfica, outra secção de caracterização clínica; uma secção de caracterização da funcionalidade familiar (escala de APGAR familiar) e uma secção de caracterização da medida de impacto do AVC (Questionário de impacto do AVC - QIAVC, aferido e validado para a população portuguesa).

**Resultados** - Verificamos que existem determinadas variáveis de índole sociodemográfica, clínicas e de contexto familiar que se revestem determinantes na percepção do impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, relativamente a vários domínios avaliados pelo QIAVC. Destacamos: o género, a idade, o rendimento mensal, a coabitação, o tipo de AVC e a funcionalidade familiar. O presente trabalho demonstra que a percepção do Impacto do AVC no estado de saúde é menor nos indivíduos do sexo masculino, mais jovens (60 - 70 anos), com melhores rendimentos mensais (superiores a 1485€), que convivem sobretudo com o companheiro (a) ou conjugue, que sofreram um AIT, e pertencentes tendencialmente a famílias altamente funcionais.

**Conclusão** - A importância da percepção do Impacto do AVC no estado de Saúde do indivíduo como dimensão da Qualidade de Vida do mesmo, implica conhecer as determinantes ou variáveis que influenciam essa percepção. Contudo algumas não são modificáveis (ex: género, idade ou tipo de AVC). Partindo deste pressuposto, destacamos particularmente o papel da funcionalidade familiar neste domínio, como elemento potenciador da melhor percepção nos vários domínios sujeitos ao estudo. As implicações práticas dirigem-se no sentido de colocar a família no alvo da prestação de cuidados de modo a se melhorarem as dinâmicas familiares (como muitos autores preconizam). É pertinente também a congregação esforços e estratégias de coordenar meios e modelos de intervenção, onde se possa incluir a família como elemento integrante no processo assistencial, numa lógica de *empowerment*, particularmente neste domínio.

### PALAVRAS-CHAVE

AVC, Percepção do impacto do AVC no estado de saúde, Família



## ABSTRACT

**Introduction** - Stroke is a condition which now in addition to represent the main cause of mortality isolated, is also a major cause of morbidity in the group of cardiovascular diseases, which means that the consequences related to the inability resultant are represented in the preponderant measure impact on the health of the individual. In this assumption, the aim of this paper is to identify the variables determining the impact of stroke on the health status of the individual victim of this disease.

**Methods** - conceptualize a study of quantitative, cross-sectional, descriptive - correlational, and resorted to a non-probabilistic sample of convenience consisting of 55 individuals aged 60 years to 92 years ( $M = 76.64$ ,  $SD = 7.79$ ), residents in the Country of Sabugal and stroke victims. The data collection instrument incorporates a section of socio-demographic characteristics, clinical characterization of another section, a section featuring the familiar functionality (Family APGAR scale) and a section of characterization of the measures Stroke impact (Questionário de Impacto do AVC) - QIAVC, calibrated and validated for the Portuguese population).

**Results** - We found that there are certain character socio-demographic variables, clinical and family context that are of determinants in the perception of the impact of stroke on the health status of the individual in relation to various domains assessed by QIAVC. Featuring: gender, age, monthly income, cohabitation, the type of stroke and familiar functionality. The present work demonstrates that the perception of the impact of stroke on health is lower in males, younger (60-70 years), with better monthly income (over € 1,485), who live primarily with her partner ( a) or spouse, who suffered a TIA, and tend to belong to families highly functional.

**Conclusion** - The importance of the perceived impact of stroke on the individual's state of health as a dimension of quality of life the same, implies knowing the determinants or variables that influence this perception. From this presupposition, particularly highlight the role of family functionality in this Domain like better perception enhancer element in several areas subject to study. Implications for practice are directed toward putting the family in care of the target in order to improve family dynamics (like many authors recommend.) is also relevant the congregation efforts and coordinate media strategies and intervention models, which can include the family as an integral element in the care process, a logic of *empowerment*, particularly in this area.

## KEYWORDS

Stroke; Perception of Impact of health status, Family



## INDICE

	Página
<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2 - MATERIAIS E MÉTODO</b>	32
2.1 - PARTICIPANTES	33
2.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	34
2.3 - PROCEDIMENTOS	39
<b>3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>	43
3.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	43
3.1.1 - Caracterização sociodemográfica	43
3.1.2 - Caracterização Clínica	52
3.1.3 - Caracterização subjacente ao contexto familiar	58
3.1.4 - Caracterização subjacente ao Impacto do AVC no estado de saúde	59
3.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	61
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	80
<b>5 - CONCLUSÕES</b>	87
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	95
<b>Anexo I - Instrumento de Colheita de Dados</b>	101
<b>Anexo II - Autorizações para a Colheita de Dados</b>	111



## INDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

	<b>Página</b>
<b>Gráfico 1</b> - Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos	20
<b>Figura 1</b> – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	33



## INDICE DE TABELAS

Página

<b>Tabela 1:</b> Tipos de AVC e mecanismos precipitantes.	22
<b>Tabela 2:</b> Localização anatômica das lesões no AVC.	23
<b>Tabela 3:</b> Definições de Qualidade de Vida relacionada com saúde	26
<b>Tabela 4:</b> Profissões agregadas em grupos segundo a CNP	35
<b>Tabela 5:</b> Estatísticas relativas à idade segundo o gênero	44
<b>Tabela 6:</b> Distribuição da amostra por grupo etário em função do gênero	45
<b>Tabela 7:</b> Distribuição da amostra por estado civil em função do gênero	45
<b>Tabela 8:</b> Distribuição da amostra por habilitações literárias em função do gênero	46
<b>Tabela 9:</b> Distribuição da amostra por situação laboral em função do gênero	47
<b>Tabela 10:</b> Distribuição da amostra por grupos profissionais segundo a CNP em função do gênero	48
<b>Tabela 11:</b> Distribuição da amostra por rendimentos mensais em função do gênero	49
<b>Tabela 12:</b> Distribuição da amostra por residência e conviventes em função do gênero	50
<b>Tabela 13:</b> Distribuição da amostra pelas variáveis relacionadas com a religião em função do gênero	51
<b>Tabela 14:</b> Estatísticas relativas à religião (grau de crença e grau de prática) segundo o gênero	51
<b>Tabela 15:</b> Distribuição da amostra por condições habitacionais em função do gênero	52
<b>Tabela 16:</b> Distribuição da amostra por tipo de AVC, e zona cerebral atingida em função do gênero	53
<b>Tabela 17:</b> Distribuição da amostra por tempo decorrido após o AVC, por antecedentes clínicos e caracterização da doença cardíaca em função do gênero	55
<b>Tabela 18:</b> Distribuição da amostra pelo tipo de deficit e por dependência de terceiros em função do gênero	56
<b>Tabela 19:</b> Distribuição da amostra por necessidade de Programa de reabilitação em função do gênero	57

<b>Tabela 20:</b> Estatísticas relativas ao número de sessões de reabilitação realizadas segundo o género	57
<b>Tabela 21:</b> Distribuição da amostra por tipo de reabilitação, por quem realizou o programa de reabilitação e pela razão da não realização do Programa de reabilitação em função do género.	58
<b>Tabela 22:</b> Estatística relativa à funcionalidade familiar segundo o género	59
<b>Tabela 23:</b> Distribuição da amostra por estratificação da funcionalidade familiar em função do género.	59
<b>Tabela 24:</b> Estatística relativa ao score das dimensões do QIAVC em função do género	61
<b>Tabela 25:</b> Resultados do Teste t de Student: <i>Género versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	63
<b>Tabela 26:</b> Resultados da <i>Correlação de Pearson</i> entre: <i>idade versus Impacto do AVC no estado de Saúde</i>	64
<b>Tabela 27:</b> Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: <i>grupo etário versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	66
<b>Tabela 28:</b> Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: <i>rendimento versus Impacto do AVC na saúde</i>	68
<b>Tabela 29:</b> Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey: <i>coabitação versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	70
<b>Tabela 30:</b> Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey: <i>tipo de AVC versus e Impacto do AVC no estado de saúde</i>	72
<b>Tabela 31:</b> Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey: <i>zona cerebral atingida versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	74
<b>Tabela 32:</b> Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey entre: <i>tempo decorrido após AVC versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	75
<b>Tabela 33:</b> Resultados do Teste t de Student: <i>tipo de deficit que surgiu versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	76
<b>Tabela 34:</b> Resultados do Teste t de Student: <i>Programa de reabilitação versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	77
<b>Tabela 35:</b> Resultados da <i>Correlação de Pearson</i> : <i>número de sessões efectuadas versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	78
<b>Tabela 36:</b> Resultados da <i>Correlação de Pearson</i> : <i>Funcionalidade familiar versus Impacto do AVC no estado de saúde</i>	79

## CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIT - Acidente Isquémico Transitório
- AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- AVD - Actividades de Vida Diária
- Cf. - Conforme
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- Cit in. - Citado em
- CNP - Classificação Nacional de Profissões
- Cont. - Continuação
- DGS - Direcção Geral da Saúde
- Fem. - Feminino
- GDH - Grupo de Diagnósticos Homogéneos
- HTA - Hipertensão Arterial
- IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- Insuf. - Insuficiência
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- K - Kurtosis
- $K/Std_{error}$  - medida de achatamento
- Masc. - Masculino
- Máx. - Máximo
- Min. - Mínimo
- P. - página
- PNS - Plano Nacional de Saúde
- QIAVC - Questionário de Impacto do Acidente Vascular Cerebral
- RMMG - Retribuição Mínima Mensal Garantida
- 
- SK - Skewness
- $Sk/Std_{error}$  - medida de enviesamento
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Trc. - Tronco

TIA - Transitory Ischemic Accident

WHO - World Health Organization

## SIMBOLOS

$\bar{x}$  - Média

% - Percentagem

N - Total

p - índice de significância

$\chi^2$  - valor estatístico de Qui Quadrado

B - beta

% - percentagem

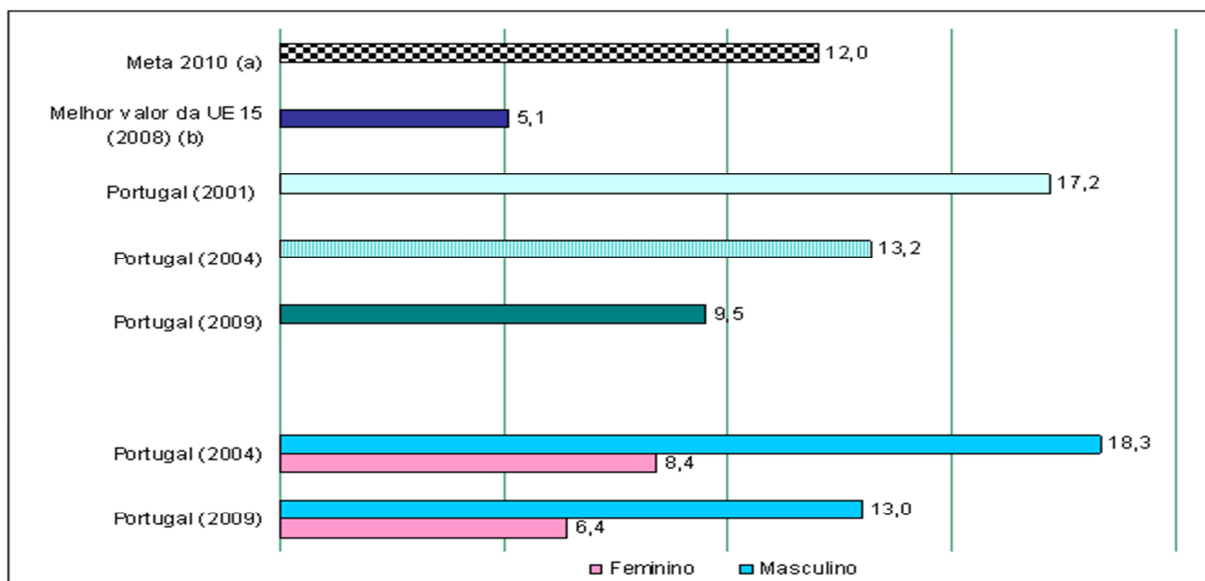


## 1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da prevalência das doenças crónicas, são grandes desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo. Segundo Kurth e Kase (2006) “anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem um AVC; 5 milhões destes são fatais e um número igual de doentes ficam com uma incapacidade permanente necessitando de assistência para actividades de vida diária”.

Já segundo a Coordenação Nacional para as doenças cardiovasculares (2007) “as doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade e de morbilidade nos países desenvolvidos”. Segundo a mesma fonte, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a “primeira causa isolada de mortalidade em Portugal sendo igualmente a principal causa de morbilidade e de anos potenciais de vida perdidos no conjunto das doenças cardiovasculares”.

Ainda segundo o Alto Comissariado da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, o AVC representava a segunda causa de mortalidade em Portugal em 2004, relacionado com 8.7% das mortes nesse ano. No entanto parece haver uma inversão do cenário epidemiológico. Os dados estatísticos do último Plano Nacional de Saúde (P.N.S.) 2004-2010 (gráfico 1) revelam o decréscimo destes números. Apesar de apenas se conhecerem os dados da taxa de mortalidade antes dos 65 anos, podemos constatar que a meta de 12.0 estimada para Portugal Continental não foi ultrapassada no ano 2009. Aliás, pode-se constatar um decréscimo do número de casos desde 2001 até 2009.



**Gráfico 1.** Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos  
 (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 59.  
 (b) França, Eurostat<sup>1</sup> (2010).

Fonte: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos/>

Apesar dos dados animadores, os autores Pereira, Coelho e Barros, (2004) afirmam que “um terço dos doentes que sobrevivem a um acidente vascular cerebral (AVC) agudo ficam com incapacidade importante e 10% ficam incapacitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros”.

O Acidente Vascular Cerebral tornou-se assim uma entidade patológica que constitui a gênese de co-morbilidades associadas e com repercussões na Qualidade de Vida. Corroborando com esta afirmação, Costa (2003) afirma que o AVC “...desencadeia um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens com efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes... e qualidade de vida dos seus prestadores informais de cuidados”.

O AVC do ponto de vista da sua definição é um deficit neurológico devido a um mecanismo vascular subjacente (Braunwald et al. 2002).

Segundo o mesmo autor esta entidade patológica está relacionado com o compromisso vascular existente, quer secundário a fenómenos hemorrágicos quer fenómenos isquémicos.

Do ponto de vista didático, a classificação dos AVC resulta de “um factor essencial que é o perfil temporal dos eventos neurológicos” (Leal, 2001). Assim segundo a autora os AVC classificam-se em:

<sup>1</sup>Gabinete de Estatística da União Europeia

❖ Isquémicos – abrangem cerca de 85% dos AVC

- Embólicos – são caracteristicamente súbitos e o deficit atinge o seu máximo quase de imediato;
- Trombóticos – podem igualmente ter um inicio abrupto, mas muitos deles tem uma evolução lenta;

❖ Hemorrágicos – estes diferenciam-se em hemorragia sub-aracnoideia ou intracerebral;

Esta autora ainda refere um outro fenómeno patológico que deriva de breves episódios transitórios, cuja duração deve ser inferior a 24 horas, que se designam por Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT), durando cerca de 2 a 15 minutos.

A respeito desta classificação, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (sem data) ainda prevê dentro dos AVCs Isquémicos, uma outra subdivisão a qual se designa de “AVC Isquémico Lacunar<sup>2</sup>”. Este, segundo o Portal de Codificação e dos GDH<sup>3</sup>(sem data), caracteriza-se por “... um pequeno enfarte ou AVC isquémico... e define-se pelos seguintes critérios:

- Défice motor puro que afecte pelo menos duas das seguintes 3 áreas: face, membro superior e membro inferior,
- Défice sensitivo puro que afecte pelo menos duas das seguintes 3 áreas: face, membro superior e membro inferior,
- défice motor e sensitivo puro que afecte pelo menos duas das seguintes 3 áreas: face, membro superior e membro inferior,
- hemiparésia-ataxia
- Disartria- mão desajeitada”

Etiologicamente, é comum associar o AVC a fenómenos relacionados com o aparecimento de um trombo, embolias ou hemorragias secundárias. Outras causas estão subjacentes à patologia, embora menos frequentes, tal como diz Sullivan et al (2006), cit in Costa (2009, p. 9) sendo elas “tumores, abscessos, processos inflamatórios e traumatismo”. A tabela 1 esquematiza o modo como se instala a patologia em função da classificação.

---

<sup>2</sup>Causado pelo bloqueio de uma pequena artéria no cérebro (cujas paredes espessaram até fechar).

<sup>3</sup>Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos

**Tabela 1:**Tipos de AVC e mecanismos precipitantes

TIPOS DE AVC	AVC ISQUÉMICO	AVC HEMORRÁGICO	
		HEMORRAGIA SUBARACNOIDE	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL
CAUSAS	Oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado directamente no local da oclusão (AVC isquémico trombótico) ou em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea ate obstruir artérias no cérebro (AVC isquémico ou embólico).	Hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-mater e aracnóide. (Observação: Os sintomas característicos são a ocorrência súbita de cefaleia muito intensa e comprometimento da consciência).	Sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral. (Observação: Pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento, possivelmente devido a dieta, actividade física, tratamento inadequado de hipertensão arterial e predisposição genética).

Fonte: WHO STEPS Stroke Manual (2009).

Trata-se portanto de uma fenómeno patológico multifactorial que para além destes mecanismos precipitantes, existem também outros fenómenos potenciadores. Braunuald et al (2002, p.143) adianta que estão “*subjacentes inúmeras causas, as mais comuns são por exemplo: desidratação, bifurcação carotídea, fibrilhação atrial, lesões valvulares e causas incomuns ou menos comuns como por exemplo:  $\beta$ -talassemia, doença inflamatória intestinal, anemia falciforme entre muitos outros*”. O mesmo autor ainda refere alguns factores de risco tais como: HTA, Diabetes Mellitus; hiperlipidemia, tabagismo e história familiar para além de outros. Já Umphred (2010, p.770) refere que “*os três factores de risco mais comumente reconhecidos da doença cerebrovascular são a hipertensão, a Diabetes Mellitus e as doenças do coração. O mais importante destes factores é a hipertensão*”. A autora acrescenta ainda que “*as características humanas e comportamentais que aumentam a pressão sanguínea, incluindo níveis altos de colesterol, obesidade, diabetes, alto consumo de álcool, uso de cocaína e tabagismo aumentam esse risco*”.

Do ponto de vista sintomatológico, a instalação da patologia é classicamente descrita em função dos deficits motores e sensitivos com implicações a diferentes níveis. Contudo, sabe-se que a sintomatologia apesar de diversificada, ela está dependente do território cerebral atingido. A este respeito Humprhed (2010, p.770) 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*”.

Braunuald et. al (2002, p.144 e 145), esquematiza a diversificação de sinais e sintomas em função da localização anatómica das lesões cerebrais (cf. Tabela 2).

**Tabela 2: Localização anatômica das lesões no AVC**

<b>HEMISFERIO CEREBRAL, FACE LATERAL (artéria cerebral média)</b>	
<b>Estruturas cerebrais envolvidas</b>	<b>Sinais e sintomas</b>
Córtex motor e frontal contra lateral	Hemiparésia
Córtex somatossensitivo contra lateral	Deficit hemissensitivo
Área motora da fala, lobo frontal dominante	Afasia motora (de Broca) - fala hesitante com dificuldade e encontrar palavras e compreensão preservada)
Central, área da fala perissilviano, hemisfério dominante	Afasia centra (de Wernicke) - anomia, baixa compreensão fala em "dialecto"
Lobo parietal não dominante	Negligência unilateral, apraxias
Radiação óptica no lobo temporal ou parietal inferior	Hemianópsia ou quadrantanopsia homônima
Centro do olhar inferior (lobo frontal)	Olhar preferencial com olhos desviados para o lado da lesão
<b>HEMISFERIO CEREBRAL, FACE MEDIAL (artéria cerebral anterior)</b>	
<b>Estruturas cerebrais envolvidas</b>	<b>Sinais e sintomas</b>
Área da perna com ou sem área do braço no córtex motor contra lateral	Paralisia do pé e da perna, com ou sem parésia do braço
Área do pé e da perna no córtex sensitivo contra lateral	Perda sensitiva cortical na perna
Lobo frontal posterior medial	Reflexos de preensão e sucção
Área sensitivo-motora, lóbulo paracentral	Incontinência urinária
Córtex frontal	Apraxia da marcha
<b>HEMISFERIO CEREBRAL, FACE INFERIOR (artéria cerebral posterior)</b>	
<b>Estruturas cerebrais envolvidas</b>	<b>Sinais e sintomas</b>
Córtex occipital calcarino	Hemianópsia homônima
Lobos occipitais, bilateralmente	Cegueira cortical
Hipocampo, bilateralmente e dominante	Deficit de memória
Tálamo, mais subtálamo	Perda sensitiva densa, dor espontânea, disestesias, coreoatetose.
<b>TRONCO ENCEFÁLICO, MESENCÉFALO (artéria cerebral posterior)</b>	
<b>Estruturas cerebrais envolvidas</b>	<b>Sinais e sintomas</b>
Terceiro nervo craniano e pedúnculo cerebral (Síndrome de Weber)	Paralisia do terceiro nervo craniano e hemiplegia contra lateral
Fibras supra nucleares para o terceiro nervo craniano	Paralisia/ parésia do movimento ocular vertical
Ápice do mesencéfalo, periaqueduto	Nistagmo de convergência

Fonte: "Acidente Vascular Encefálico" por Braunwald et. al 2002, *Harrison - Manual de Medicina* p. 144 e 145. Copyright 2002 por McGraw-Hill

**Tabela 2: Localização anatômica das lesões no AVC (cont.)**

TRONCO ENCEFÁLICO, JUNÇÃO PONTOBULBAR (artéria basilar)	
Estruturas cerebrais envolvidas	Sinais e sintomas
Sétimo nervo, ipsilateral	Paralisia facial
Sexto nervo craniano, ipsilateral	Parésia da abdução do olho
“Centro” do olhar lateral, ipsilateral	Parésia do olhar conjugado
Tracto e núcleo do V par, ipsilateral	Deficit sensitivo hemifacial
Vias simpáticas descendentes	Síndrome de Horner
Tracto espinotalâmico, contra lateral	Sensação térmica e dolorosa diminuída em metade do corpo com ou se a face
Pedúnculo cerebelar médio e cerebelo	Ataxia
TRONCO ENCEFÁLICO, BULBO LATERAL (artéria vertebral)	
Estruturas cerebrais envolvidas	Sinais e sintomas
Núcleo vestibular	Vertigem, nistagmo
Fibras simpáticas descendentes, ipsilateral	Síndrome de Horner (miose, ptose, sudorese diminuída)
Hemisfério ou fibras cerebelares	Ataxia, quedas para o lado da lesão
Tracto espinotalâmico contralateral	Sensação térmica e dolorosa debilitada em metade do corpo com ou sem a face

Fonte: “Acidente Vascular Encefálico” por Braunwald et. al 2002, *Harrison – Manual de Medicina* p. 144 e 145. Copyright 2002 por McGraw-Hill

Constatamos que se trata-se de uma entidade patológica complexa e que no que concerne às suas consequências também é diversificada. As perdas são várias quer a nível motor/ funcional, sensorial, psicológicos e emocionais e até mesmo sociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003, p.13 e 14), existem uma série de dificuldades e perdas experimentadas pelas vítimas de AVC, estando estas sujeitas a:

- Perda do controle voluntário dos movimentos normais;
- Dificuldade para engolir;
- Incontinência;
- Problemas sensoriais
- Problemas psicológicos e emocionais
- Problemas de compreensão
- Consequências sociais do AVC

O AVC trata-se portanto de uma doença também incapacitante, associada a comorbilidades que interferem na Qualidade de Vida da pessoa.

A Qualidade de Vida e a preocupação que se deposita no tema é antiga. A este respeito Costa (2008, p.10) afirma que “já na antiguidade, filósofos, como Aristóteles, tentaram descrever o que seria Vida com Qualidade”.

Buss (2000, p.164) afirma que “o tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história”, evocando registos do século XVIII. Contudo Costa (2008, p.12) sugere que “a literatura médica parece indicar que o termo *Qualidade de Vida* surgiu por volta da terceira década do século passado”, contudo a evolução do conceito adquiriu forma, ocorrendo uma ampliação do termo, tornando-o mais abrangente. Assim após várias revisões sistemáticas, concluiu-se que existe uma correspondência multifactorial do conceito. A este respeito, Seidl e Zannon (2004, p. 582) afirmam que “ a partir da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida. No que concerne à subjectividade e multidimensionalidade... Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida”.

Costa (2003, p.1) chega mesmo a identificar alguma das dimensões associadas à Qualidade de vida quando afirma que “ a Qualidade de Vida está associada a diversos aspectos... de natureza diversa e tanto podem estar relacionados com domínios do bem-estar, económico-financeiro como com domínios do bem-estar psicológico, social e espiritual”.

Deste ponto de vista diz Ferreira e Santos (2009, p.406) que a “Qualidade de Vida está relacionada a elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias”. Assim podemos indagar, que “ter saúde” é considerado, padrão de conforto e bem-estar na nossa sociedade. Deste modo podemos incluir o conceito “saúde” como domínio relacionado com a Qualidade de Vida. Surge assim o conceito de *Qualidade de Vida relacionada com a Saúde*.

O uso deste termo passou a ser comum na literatura, e com propósitos muito idênticos ao do conceito geral. No entanto o termo *qualidade de Vida relacionada com saúde*, parece implicar aspectos mais directamente relacionados com doença. Assim, Seidl e Zannon (2009, p.585) a este respeito, adiantam alguns tipos de definições ilustrando os diferentes usos do termo, citando por sua vez alguns autores:

**Tabela 3:** Definições de Qualidade de Vida relacionada com saúde

Qualidade de Vida relacionada com saúde	Autor
“É a valoração subjectiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu <b>estado de saúde</b> ”	Guiteras & Bayés
“Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu <b>estado de saúde</b> , e que são significativos para sua Qualidade de Vida”	Cleary et al.
É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde	Patrick & Erickson

Fonte: “Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos” por Seidl e Zannon cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 580-588, mar-abr, 2004 (pag. 583)

Sabe-se que os determinantes do processo saúde-doença são multifactoriais e complexos, contudo, como diz J.A. Schuttinga cit in Seidl e Zannon (2004, p.580) “...a melhoria da Qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistências quanto das políticas públicas para o sector nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças”.

Assim parece haver uma preocupação em obter dados sobre o impacto da doença na Qualidade de Vida das pessoas. Esta ideia vai precisamente ao encontro do afirmado por J.E Ware cit in Pinto, Gonzalez, Arenillas, Nogueras e Gomez(2010, p.245) quando diz que a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde “avalia o impacto de uma enfermidade na qualidade de vida”. Torna-se assim importante a avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas(Seidl & Zannon, 2004). Farquhar citado pelos mesmos autores, procedendo a uma revisão da literatura, determinou uma definição de Qualidade de Vida focalizada nos componentes específicos do conceito, em geral, voltados para habilidades funcionais ou de saúde.

O conceito de Qualidade de Vida incorpora inevitavelmente o domínio da Saúde. Podemos indagar que estudar o domínio da Saúde é também estudar a Qualidade de Vida, assumindo que a Saúde é determinante para a Qualidade de Vida.

Foi a partir dos anos 80 do século XX, que o conceito de qualidade de vida começou a ganhar uma importância crescente no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (Lowy & Bernhard, 2004; Naughton & Shumaker, 2003; Ribeiro, 1994; Stenner, Cooper, & Skevington, 2003 cit in

Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010). Os mesmos autores adiantam ainda que é no âmbito da doença crónica (como é o caso das doenças cardiovasculares) que se tem verificado um maior interesse em avaliar a Qualidade de Vida.

Contudo é difícil avaliar a qualidade de vida e inclui-la na prática clínica, em parte devido à ausência de informação das equipas de saúde sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para a investigação da Qualidade de vida (Seidl & Zannon , 2004).

Desta forma, urge a importância da recolha de dados suficientes e a monitorização dos casos para de certo modo compreender também o impacto da doença na saúde do indivíduo. Assim, o impacto que o AVC tem na Saúde do indivíduo tem implicações claras ao nível da Qualidade de vida (tratando-se da Saúde como um dos domínios do constructo *Qualidade de Vida* do indivíduo. Identificar e conhecer os domínios e determinantes em causa, reveste-se de particular importância, para poder compreender a percepção que a pessoa vítima de AVC tem em relação ao seu estado de saúde.

Por outro lado, a importância que as doenças cardiovasculares, em especial as doenças cerebrovasculares tem hoje e as suas implicações enquanto potenciadores de co-morbilidade, exige melhor compreensão da doença para poder antecipar a suas consequências e impacto.

No que se refere à Qualidade de vida relacionada com a saúde, sabe-se pois que existem vários estudos que apresentam uma série instrumentos que medem ou pelo menos tentam dar representação do impacto da patologia ou deficiência na Qualidade de Vida da pessoa, mas o que se sabe da funcionalidade familiar e a sua representação na Qualidade de Vida? Será um constructo que condiciona todas as outras percepções? Será pertinente incluir este conceito na “gama” de factores determinantes na qualidade de Vida?

Regra geral, qualquer pessoa dá um conceito do termo “família”, à luz da sua percepção enquanto elemento integrante da mesma. É um termo conotado de forma positiva e importante (mesmo para aqueles que não a têm).

Ao longo dos tempos, o termo família tem designado muitas vezes instituições e agrupamentos sociais diferentes, para além do conceito comum que determina a unicidade da família., Embora ainda predomine o conceito da família nuclear, esta caracterização perdeu força e deu lugar a outros tipos de modelos de organização familiar.

Na verdade, os debates actuais no domínio do tema da família giram em torno destes novos *arranjos familiares* – formas de ligação afectiva entre sujeitos onde existe, ou não, uma forma de exercício da parentalidade que foge aos padrões tradicionais: famílias monoparentais, homoparentais, adoptivas, recompostas, concubinárias, temporárias, de

produção independente, e tantas outras (Cicarelli, 2007). Contudo, parece haver um denominador comum sob todas as formas que reside nos laços de afecto e afinidade emocional /sentimental que se estabelece e que parece explicar a relação.

Vários são os estudos (nacionais e internacionais) que demonstram que a família é o principal pilar de apoio na actualidade, mantendo-se como a estrutura social mais forte de entre-ajuda. Este papel é de fundamental importância em situações de dependência, tal como acontece nos indivíduos vítimas de AVC.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2002) define a família como o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto por membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo”.

Segundo Andrade e Martins (2011) “...a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afectiva, educativa, de socialização e reprodutiva.”

Assim, pode afirmar-se que é no seio familiar que construímos o nosso “saber ser”, o nosso “saber estar” e desenvolvemos competências relacionais importantes, bem como a capacidade de estabelecer vínculos cooperativos e competitivos sadios. É a família que produz os estímulos necessários ao desenvolvimento destas capacidades.

No que concerne ao domínio da saúde, diz Ribeiro (2007) que “o foco principal do cuidado assistencial é o utente considerado no seio da família, mas deve-se entender a pessoa como entidade biológica e emocional, explorando os factores familiares e o modo como estes poderão interferir no binómio saúde/ doença”.

Doherty e Campbell citados pela mesma autora, adiantam alguns domínios importantes que deveriam ser levados em linha de conta na investigação da influência da família e o impacto na saúde e doença. São eles: “Promoção da Saúde e prevenção da doença; vulnerabilidade e o início da doença; o significado familiar do adoecer; a resposta familiar à fase aguda da doença e a adaptação à doença e a reabilitação”.

É inequívoca a importância que a família assume enquanto estrutura básica no acompanhamento dos seus elementos dependentes, tornando-se assim um factor preponderante na reabilitação do indivíduo. Os estudos realizados, que tratam questões

relacionadas com a dependência e autonomia, bem como as suas consequências, em termos sociais e de saúde, deixa margem para a intervenção da família.

As mudanças demográficas e sociais no presente, têm vindo a determinar profundas alterações na família. Sendo difícil pensar a família e os movimentos estruturais que a atravessam, sem entender novas formas de organização familiar. As mudanças sociais cada vez mais frequentes e repentinas têm impacto significativo sobre a instituição familiar.

Não obstante se o papel da família é reconhecido, é necessário ter em atenção os condicionalismos que envolvem as famílias no momento actual para se perceber em que medida podem ser responsabilizadas pela solidariedade para com os familiares em situações de dependência. Isto significa que é necessário identificar as características das famílias, uma vez que constituem estruturas essenciais no levantamento e determinação das necessidades dos cuidados dos seus membros.

Do ponto de vista da construção familiar, a população portuguesa ainda tende a manter uma estrutura tradicional onde é central a figura da “família nuclear”. São vários os estudos onde emerge uma figura central directamente relacionada com a assistência da família na doença que é o *cuidador informal*.

Não existe consenso na definição deste termo (Figueiredo, 2007), contudo a autora adiante que no conceito estão implícitas “interacções entre o membro da família (ou amigo ou vizinho) que ajuda o outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar actividades que são necessárias para viver com dignidade” O Cuidador Informal desempenha portanto um papel fundamental, pois é ele que detém a responsabilidade (podendo ser partilhada) de assistir o elemento doente ou dependente.

Neste contexto e enquadrando o tema para o estudo em causa, revela-se pertinente a vertente da *adaptação à doença e a reabilitação*. Este domínio refere-se à organização familiar em torno de um paciente com uma doença crónica ou com uma incapacidade e a readaptação após a sua recuperação (Ribeiro, 2007). Revela a autora a importância da funcionalidade familiar e grau de coesão familiar, bem como o suporte que a família dá a nível emocional, social, como suporte na prestação de cuidados assistenciais e como suporte na satisfação das actividades de vida diária (AVD) ou actividades instrumentais de vida diária (AIVD). O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais (Andrade & Martins, 2011). Esta ideia sugere que a funcionalidade familiar pode influenciar o Impacto do AVC no estado de Saúde do indivíduo e por conseguinte a Qualidade de Vida da pessoa vítima

de AVC , bem como o grau de recuperação pode depender da habilidade familiar em oferecer apoio ao portador de deficiências (Bochi & Angelo, 2005).

São vários os estudos que comprovam o contributo da funcionalidade familiar na recuperação da pessoa. Lacerda citado por Pontes e Carvalhido (2009) sugere que “... a proximidade do ambiente familiar acelera o processo de recuperação...”.

No entanto é curioso como numa revisão da literatura levada a efeito nos últimos 10 anos por Mota e Nicolato (2008) a funcionalidade familiar não figura no elenco de variáveis determinantes que compõem os 31 instrumentos utilizados na avaliação da Qualidade de Vida (genéricos e específicos) sujeitos ao estudo dos dois autores. Contudo das variáveis determinantes o estudo destaca a relação da baixa de Qualidade de Vida com a idade, sexo, depressão e função física (Mota & Nicolato, 2008).

Assim, torna-se pertinente conhecer a existência de mais determinantes e de que modo estes influenciam a percepção do estado de saúde pela expressão do impacto que o AVC tem na saúde do Indivíduo e de que modo a funcionalidade familiar pode influenciar (ou não) este impacto.

A consciência da realidade no domínio das dependências de uma patologia altamente incapacitante como é o AVC, associado às significativas repercussões que, o mesmo, representa a nível pessoal, familiar e social, bem como a motivação pessoal e profissional que pauta a acção do autor do estudo no âmbito dos cuidados de saúde primários, levou-nos ao enquadramento da questão central do estudo: **Quais os determinantes na percepção do impacto do AVC no estado de Saúde do indivíduo?**

Achamos pertinente a questão levantada, não só pela relevância clínica, como também devido à importância de desenvolver o nosso conhecimento sobre a percepção do estado de saúde do indivíduo vítima de AVC e a interacção familiar subjacente ajustada à realidade do concelho do Sabugal. Desta forma, também respondemos a uma pretensão profissional no que concerne à prática especializada no domínio da Enfermagem da Reabilitação adaptada ao contexto da Saúde na Comunidade.

Como tal pretendemos, com a presente investigação, atingir os seguintes objectivos:

- ✓ Descrever as características socio-demográficas e clínicas da amostra estudada;
- ✓ Determinar a expressão do Impacto do AVC no estado de saúde dos indivíduos vítimas de AVC residentes no concelho do Sabugal;

- ✓ Identificar as variáveis determinantes no estado de saúde do indivíduo vítima de AVC;
- ✓ Analisar a influência da funcionalidade familiar na expressão do Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo;
- ✓ Introduzir no debate académico e científico a relevância das dinâmicas familiares no contexto das dependências relacionadas com o indivíduo vítima de AVC, e ainda a sua intervenção fundamental quer no âmbito da prestação de cuidados, quer no âmbito da promoção da saúde.

Em suma, o presente trabalho pretende deixar contributos no sentido de dar expressão multifactorial à percepção do estado de saúde no contexto da patologia em causa, de modo a alargar o campo de acção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, numa lógica interventiva no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.

Realçamos a importância das diferentes dimensões estudadas, destacando a dimensão familiar do doente, no que respeita por um lado na sua expressão no domínio do Impacto do AVC na pessoa e por outro no seu papel de facilitador ou prestador de cuidados, numa lógica de parceria e partilha de responsabilidades na prestação de cuidados ao doente dependente, vítima de AVC.

## 2 - MATERIAS E MÉTODOS

No presente capítulo, pretendemos dar corpo aos aspectos metodológicos do estudo, de modo a precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que prescreverá os dinamismos conducentes à realização da investigação (Fortin, 2003).

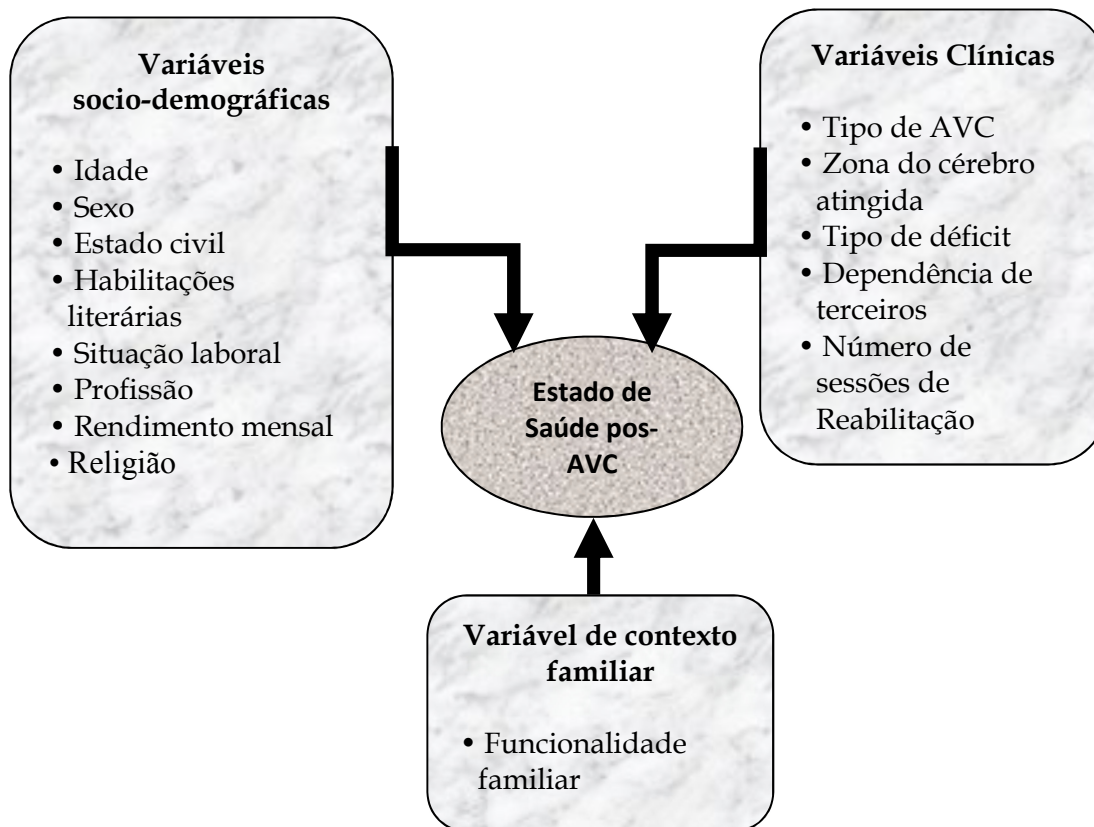
Pretendemos assim, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando primeiramente relevo à caracterização dos participantes e, posteriormente, à descrição do instrumento de recolha de dados, assim como aos procedimentos que estiveram subjacentes à colheita e tratamento dos dados. Partindo do pressuposto de que a selecção do instrumento metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, às hipóteses levantadas e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos & Marconi, 1995), a presente investigação insere-se num estudo não experimental, de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo-correlacional, dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis, por forma a atingir os objectivos pré-definidos, ou seja, descrever e analisar as variáveis que influenciam a expressão do Impacto do AVC na percepção do estado de saúde do indivíduo pós-AVC

Relativamente às variáveis, consideramos o **Estado de saúde do indivíduo Pós-AVC** como variável dependente. Como variáveis independentes definimos as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, rendimento mensal, coabitação), variáveis clínicas (Tipo de AVC, tempo decorrido após o AVC, zona cerebral atingida, realização de programa de reabilitação e nº sessões), variável de contexto familiar (funcionalidade familiar). Considerámos ainda um conjunto de variáveis atributo de natureza sócio-demográfica e clínica (estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão, residência, conviventes, religião, condições habitacionais, antecedentes clínicos). De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos factores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes subcapítulos (2.2), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

Tendo por referência a questão de investigação, o enquadramento dos objectivos e a

delimitação das variáveis, apresenta-se, na figura 2, a representação esquemática do desenho do estudo, onde se pretende esquematizar as inter-relações das variáveis independentes e dependente, explicativas das determinantes no Impacto do AVC no estado de saúde dos indivíduos vítimas da doença, que participaram no estudo.

**Figura 2** – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica:



## 2.1 - PARTICIPANTES

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem que segundo Fortin (2003, p.33), não é mais do que “*um conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada*”. Nesta perspectiva, para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por indivíduos residentes no Concelho do Sabugal e utentes do seu Centro de Saúde, tendo participado 55 indivíduos na sua maioria

mulheres (56.4%) e com uma média de idades de 76,64 anos e que apresentassem os seguintes **critérios de inclusão**: AVC diagnosticado clinicamente; Ter 18 ou mais anos de idade; Capacidade cognitiva que permita obter respostas a quando da aplicação do instrumento de colheita de dados.

A amostra final foi constituída, maioritariamente, por indivíduos institucionalizados em IPSSs e/ ou pertencentes a um programa de vigilância que permitisse a sinalização de casos. O programa TAOnet<sup>4</sup> desenvolvido pela ROCHE® Portugal, permitiu também identificar os indivíduos vítimas de AVC.

Estamos conscientes do risco de enviesamento de alguns resultados que este tipo de amostra poderá provocar. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais enviesamentos, houve a preocupação de realizar a colheita de dados, processada na totalidade pelo autor do estudo, em locais distintos, durante um período de tempo considerável, bem como dar corpo a certos critérios de elegibilidade já descritos.

Os motivos que levaram a que este estudo se desenvolvesse no Concelho do Sabugal devem-se ao facto de ser o local de residência e de trabalho do autor de estudo, bem como pelo facto do mesmo ser um dos coordenadores do Grupo Concelhio para as Doenças cérebro e cardiovasculares.

## 2.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados (Anexo I) utilizado na investigação é constituído por quatro secções: a **secção I**, constituída por varias questões de caracterização socio-demográfica; a **secção II**, composta por outras questões de caracterização clínica e as **secções III e IV** que são compostas por instrumentos de medida (escalas) que avaliam a funcionalidade familiar e o impacto que o AVC teve na saúde e na vida da pessoa vitima do mesmo.

### **Secção I - Caracterização sociodemográfica**

Esta secção é constituída por 14 questões tendo como objectivo a caracterização socio-demográfica da amostra. As questões formuladas são relacionadas com sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão, rendimento mensal actual, local de residência, conviventes, convicções religiosas e condições habitacionais, sendo que das 14

---

<sup>4</sup>Software informático desenvolvido pela ROCHE® Portugal, por meio do qual é possível monitorizar e proceder à gestão do regime terapêutico da Terapia Anticoagulante Oral.

questões apresentadas 3 são sub-questões que dizem respeito à convicção e prática religiosas, onde é possível o participante identificar a religião que professa, o grau de crença na religião e grau de prática. Saliente-se que no processo de operacionalização da variável profissão foi utilizada a nomenclatura utilizada na CNP (cf. Tabela 4). Os grandes grupos profissionais, incluem em cada um deles profissões que de algum modo estão ligadas entre si pela formação exigida e pelo tipo de trabalho realizado (IEFP, 2004):

**Tabela 4 - Profissões agregadas em grupos segundo a CNP**

GRANDE GRUPO	DESIGNAÇÃO
1	Quadros superiores da Administração Pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas
3	Técnicos e profissionais de nível intermédio
4	Pessoal administrativo e similares
5	Pessoal dos serviços e vendedores
6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
7	Operários, artífices e trabalhadores similares
8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
9	Trabalhadores não qualificados

Fonte: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

Foi incluído mais um grupo que não existe na CNP, ao qual se designou “**Profissão não contemplada na CNP**” que pretende identificar as profissões que efectivamente não constam do elenco de profissões descritas na classificação mencionada.

A questão que se destina a identificar os escalões de rendimento foi operacionalizada tendo por base a RMMG (Retribuição Mínima Mensal Garantida) prevista para 2010 e actualmente em vigor.

## Secção II - Caracterização clínica

Nesta secção é possível caracterizar o inquirido no que diz respeito à sua condição clínica por meio de 11 questões, as quais estão relacionadas com a identificação do tipo de AVC, tempo de decorrido após o AVC, identificação de antecedentes clínicos, identificação da zona do cérebro atingido, caracterização do deficit que surgiu, se houve necessidade de cuidados de reabilitação. Destas 11 questões, 5 delas são sub-questões que dizem respeito à dependência de terceiros por via do deficit, à identificação dos cuidados de reabilitação, número de sessões, à identificação de quem realizou o programa de reabilitação, identificação das razões pelas quais não realizou reabilitação.

### **Secção III - Funcionalidade familiar**

Esta secção pretende avaliar a funcionalidade familiar por meio de um instrumento de medida validado para a população portuguesa. Para o efeito adoptou-se a escala de **APGAR familiar**.

Esta escala foi proposta por Smilkstein em 1978 (Andrade & Martins 2011), 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, p. 115, 2010).

É composta por 5 questões que quantificam a percepção que o inquirido tem do funcionamento da família a que pertence. É uma medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação do indivíduo com o funcionamento familiar (Smilkstein, Ashworth e Montano 1982 cit in Emiliano 2008). Aliás, as frases que compõem o APGAR familiar centram-se nas relações e interações emocionais, comunicacionais e sociais entre o respondente e a sua família (Gardner et al. 2007 cit in Emiliano, 2008). Com esta escala pretendemos caracterizar os componentes fundamentais da função familiar que no fundo compõem o acrónimo APGAR - Adaptação (adaptability); participação/ comunicação (partnership); crescimento/ desenvolvimento (growth); afecto (affection); resolução/ dedicação ou decisão (resolve) (Andrade & Martins, 2011). Segundo os mesmos autores, com estes dados encontraremos três tipos de famílias: as altamente funcionais (7 a 10 pontos), as moderadamente funcionais (4 a 6 pontos) e as famílias com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

Salientamos que na definição da estrutura familiar, a mesma foi operacionalizada tendo por referência o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive numa matriz de relacionamento afectivo. No caso de viver num lar, considera-se família, todos aqueles que mantêm laços afectivos mais intensos, quando não há ninguém com grau de parentesco. Se viver só e não tiver família, esta será entendida como todos aqueles com os quais, o indivíduo mantém laços afectivos.

### **Secção IV - Questionário de Impacto do Acidente Vascular Cerebral (QIAVC)**

Nesta secção, pretendemos caracterizar especificamente o Impacto do AVC na saúde e na vida do indivíduo. Para o efeito utilizamos um instrumento de medida designado na versão original por *Stroke Impac Scale 2.0* elaborada em 1999 por vários autores - Duncan et al (1999) - (Gonçalves, R.S., Gil, J. N., Cavalheiro, L. M., Costa, R. D., Ferreira, P. L. 2012). Foi sujeita a um processo de adaptação cultural realizado no Centro de Estudos de Investigação

em Saúde na Universidade de Coimbra em 1999. Obteve-se equivalência semântica através de processos de tradução, retroversão e obtenção de uma versão de consenso. Após esta fase foi obtida a equivalência de conteúdo. Em termos genéricos, a medida foi entendida como sendo clara, compreensível e útil para a avaliação da condição de saúde em causa. Tendo por base os últimos procedimentos, foi construída a versão portuguesa intitulada *Questionário de Impacto do Acidente Vascular Cerebral* (Costa, 2009). A escala foi desenvolvida no sentido de considerar os pontos de vista dos pacientes e cuidadores (Goncalves, R. S., et al. 2012).

Trata-se de uma escala composta por 64 itens, cotados numa escala tipo likert de 1 a 5, sendo estes agrupados em oito domínios:

1. **Força**- Domínio que avalia os problemas físicos resultantes. Composta por 4 itens de 1a) a 1d) , os quais avaliam os problemas físicos no domínio da força do membro (braço, mão, perna e pé/ tornozelo) mais afectado pelo AVC, manifestados pela perda de força do mesmo. O Score oscila entre 4 pontos e a mais alta possível é 20 pontos. Alpha de Cronbach é de 0.90.
2. **Memória** -Domínio que avalia a memória e a capacidade de raciocinar. Composta por 8 itens de 2a) a 2h) com graus de concordância de 1 a 5: (1- muitíssima dificuldade; 2- muita dificuldade; 3- alguma dificuldade; 4- pouca dificuldade; 5- nenhuma dificuldade). Avalia a memória, raciocínio, manifestados pela capacidade de memorizar e raciocinar. A pontuação obtida possível varia de um mínimo de 8 pontos a um máximo de 40 pontos. Alpha de Cronbach de 0.94.
3. **Emoção** - Domínio que avalia as alterações de humor e a capacidade de controlar emoções. Composta por 9 itens de 3a) a 3i) com graus de concordância de 1 a 5: (1- sempre; 2- a maior parte do tempo; 3- algum tempo; 4- pouco tempo; 5- nunca), em que 1 é a pontuação mais baixa e 5 é a pontuação mais alta, excepto nos itens f), h) e i) em que o grau de concordância é invertido. Esta sub-escala avalia a capacidade de controlar as emoções, atitude perante a vida, e humor, manifestados por mais ou menos alterações de humor associadas à capacidade de controlar emoções. Alpha de Cronbach de 0.83.
4. **Comunicação** - Domínio que avalia a capacidade de comunicar com os outros e a capacidade de compreender. Composta por 7 itens de 4a) a 4g) com graus de concordância de 1 a 5: (1- muitíssima dificuldade; 2- muita dificuldade; 3- alguma dificuldade; 4- pouca dificuldade; 5- nenhuma dificuldade), em que 7 é a pontuação

mais baixa possível e 35 a pontuação mais alta possível. Esta sub-escala avalia a capacidade de comunicar e a compreensão do indivíduo. Alpha de Cronbach de 0.92.

5. **AVD/ AIVD** - Domínio que avalia a capacidade de desempenhar actividades. Composta por 12 itens de 5a) a 5l) com graus de concordância de 1 a 5: (1- impossível, 2- muita dificuldade; 3- alguma dificuldade; 4- pouca dificuldade; 5- nenhuma dificuldade), em que a pontuação mais baixa possível é de 12 pontos e a pontuação mais alta possível é de 60 pontos. Esta sub-escala permite avaliar a dificuldade do indivíduo no desempenho das actividades básicas de vida diária (AVD) e actividades instrumentais de vida diária (AIVD). Alpha de Cronbach de 0.92.
6. **Mobilidade** - Domínio que avalia a capacidade de se mover. Composta por 10 itens de a) a j) com graus de concordância de 1 a 5: (1- impossível; 2- muita dificuldade; 3- alguma dificuldade; 4- pouca dificuldade; 5- nenhuma dificuldade), em que a pontuação mais baixa possível é de 12 pontos e a pontuação mais alta possível é de 60. Esta sub-escala pretende avaliar a mobilidade do indivíduo, manifestada pela dificuldade em se mover em casa e fora dela..Alpha de Cronbach de 0.96.
7. **Função da mão** - Domínio que avalia a capacidade de usar a mão que foi mais afectada. Composta por 5 itens de a) a e) com graus de concordância de 1 a 5: (1- impossível; 2- muita dificuldade; 3- alguma dificuldade; 4- pouca dificuldade; 5- nenhuma dificuldade), permitindo obter uma pontuação mais baixa possível de 10 pontos até 50 pontos. Nesta sub-escala é avaliada a funcionalidade da mão ao nível da funcionalidade (motricidade, destreza e força), manifestada pela maior ou menor dificuldade em usá-la. Alpha de Cronbach de 0.94.
8. **Participação** - Domínio que avalia a capacidade de participar nas actividades e nas coisas que são importantes par o indivíduo e que o ajudam a encontrar um sentido na vida. Composta por 9 itens de 8a) a 8i) com graus de concordância de 1 a 5: (1- sempre; 2- a maior parte do tempo; 3- algum tempo; 4- pouco tempo; 5- nunca). A pontuação obtida varia entre um mínimo de 10 pontos e um máximo de 45 pontos. Esta sub-escala permite a avaliação da participação social do indivíduo, manifestada pela capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e sócio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida. Alpha de Cronbach de 0.90

Este questionário, também contém uma questão para mensurar a recuperação percebida pelo próprio. Esta questão é composta por um esquema gráfico graduado de 10 em 10 pontos, correspondendo o score mais baixo (0) a nenhuma recuperação e o score mais alto (100) a completa recuperação.

A pontuação em cada domínio é gerada com um algoritmo equivalente ao algoritmo de pontuação do SF-36 (Ware, 1993 cit in. Costa, 2009). Os valores são depois transformados numa escala de 0 a 100. Quanto mais baixa é a pontuação, pior será o estado de saúde de quem responde (Duncan e tal., 1999 cit in. Costa, 2009). Assim a fórmula é dada pela seguinte expressão:

$$\text{COTAÇÃO} = \frac{(\text{valor obtido no domínio}) - (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})}{\text{Variação total}} \times 100$$

Do ponto de vista das propriedades psicométricas, esta escala apresenta de uma forma global bons índices de validade e fiabilidade, com coeficientes de correlação inter-classes a oscilar entre 0.70 e 0.95 e valores de Alfa de Cronbach a situarem-se entre 0.83 e 0.96 (Gonçalves, Cavalheiro & Ferreira, 2012). Pelo que os mesmos autores afirmam que a versão portuguesa da SIS 2.0 - QIAVC - evidencia características psicométricas em termos de fiabilidade e validade adequadas

### 2.3 - PROCEDIMENTOS

De acordo com os objectivos traçados para este estudo, adoptou-se como metodologia aplicar um formulário aos doentes, preenchido pelo próprio, mas podendo ser aplicado por terceiros nos locais designados anteriormente no capítulo subjacente aos participantes. Foi enviado a cada uma das instituições (IPSSs), um ofício, concretizando formalmente o pedido para aplicação do formulário. Após a autorização destas (Anexo II). A esmagadora maioria das instituições demonstrou interesse em colaborar, havendo apenas uma IPSS que não quis colaborar não respondendo ao pedido.

A colheita de dados decorreu desde o dia 1 de Maio a 30 de Junho de 2012. O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 15 minutos.

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

Do ponto de vista da análise estatística a nossa amostra é caracterizada recorrendo-se a medidas de tendência central (média amostra -), medidas de dispersão (como o coeficiente de variação e desvio padrão) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra - as ditas medidas de assimetria e achatamento - de acordo com as características das variáveis em estudo. Partindo deste pressuposto, utilizamos para o nosso estudo os seguintes procedimentos:

- Os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e relativas.
- Os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:
  - medidas de tendência central : Média ( $\bar{x}$ )
  - medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV%).
  - Medida de assimetria e achatamento

Para análise do coeficiente de variação (CV<sup>5</sup>), admitimos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003, p.89):  $CV \leq 15\%$  (fraca dispersão);  $15\% < CV \leq 30\%$  (dispersão moderada);  $CV > 30\%$  (dispersão elevada).

A medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Se  $SK / Std_{error}$  oscilar entre -1.96 e 1.96 a distribuição é simétrica. Mas se  $SK / Std_{error}$  for inferior a -1.96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada a direita. Mas se  $SK / Std_{error}$  for superior a 1.96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada a esquerda (Pestana & Gageiro, 2008). Segundo os mesmos autores, as medidas de achatamento ou curtose (K) o resultado obtem-se da mesma forma. Assim esta medida é obtida pelo quociente  $K / Std_{error}$ . Deste modo, diz que a distribuição é mesocúrtica se  $-1.96 < K / Std_{error} < 1.96$ . Se for inferior a -1.96 diz-se que a distribuição é platicúrtica, mas caso for superior a 1.96 então a distribuição é designada por leptocúrtica. Estas medidas de simetria são aplicadas a variáveis de natureza quantitativa.

Relativamente a estatística inferencial, e tendo como objectivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados testes estatísticos paramétricos e para estudo de proporções de estatística, os não paramétricos. Concretamente:

- **Teste t de Student**

Para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro 2008).

---

<sup>5</sup>Medida de dispersão que relativiza a comparação entre amostras

- **Teste ANOVA (Analysis of Variance) One-way**

Permite analisar o efeito de um factor na variável endógena/dependente testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. É uma extensão do teste t de Student usado na comparação de duas médias, pois o One-Way Anova permite comparar duas ou mais médias. No teste t de Student a variável exógena é dicotómica, enquanto que no One-Way Anova tem de ser apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Quando se testa a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se aos testes *Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas, para saber quais as médias que se diferenciam entre si. (Pestana & Gageiro, 2008).

- **Teste de Levene**

Utilizado para constatar a homogeneidade das variâncias populacionais. É um teste particularmente robusto a desvios da normalidade (Marôco, 2011).

- **Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )<sup>6</sup>**

É para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem a região crítica (Pestana & Gageiro, 2008).

Efectuaram-se também análises de resíduos ajustados para identificação dos valores significativos, pois como referem Pestana e Gageiro (2008), enquanto que os testes de independência do Qui-Quadrado são “generalistas”, isto é, apenas informam se há ou não relação entre as variáveis, já os resíduos ajustados estandardizados são “específicos”, visto indicarem as células com comportamentos diferentes do habitual, do esperado da média. Esta interpretação exige um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna (Pestana & Gageiro, 2003)

---

<sup>6</sup>O teste Qui-Quadrado pressupõe que em tabelas superiores a 2x2, nenhuma célula da tabela tenha frequência inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Se estes pressupostos não foram garantidos, o nível de significância pode ser enganador pelo que é aconselhável recorrer aos resíduos ajustados estandardizados

Os mesmos autores consideram para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  Diferença estatística significativa
- $< 1.96$  Diferença estatística não significativa

Segundo D'Hainaut (1992) podem ser seleccionados os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$  não significativo
- $p < 0.05$  estatística significativa
- $p < 0.01$  estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  estatística altamente significativo

A apresentação dos dados é feita através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão, com omissão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo. A descrição e análise dos dados foram elaboradas com base na ordem temática do instrumento de recolha de dados.

### 3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo por referência os objectivos que orientaram a presente investigação.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da nossa investigação, à verificação da validade dos objectivos formulados.

#### 3.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Este tipo de estatística permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 2003). Esta análise irá incidir nas diversas variáveis que caracterizam a amostra e por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados em:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização clínica
- Caracterização subjacente ao contexto familiar;
- Caracterização subjacente ao impacto do AVC;

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respectivas tabelas.

##### 3.1.1 - Caracterização sociodemográfica

- Idade e género

Pela análise dos resultados expressos na tabela 5, podemos constatar que a amostra utilizada no nosso estudo é constituída por 55 inquiridos, 24 do sexo masculino (43.6%) e 31 do sexo feminino (56.4%). Constatamos, de igual modo, que a idade oscila entre os 60 anos e

os 92 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 76.64 anos, um desvio padrão de 7.79 anos e um coeficiente de variação (CV) de 10.16%, que nos permite afirmar que existe uma fraca dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ( $\bar{x} = 74.17$ ) é inferior à do sexo feminino ( $\bar{x} = 78.55$ ), e que ambos os géneros apresentam uma dispersão fraca (CV < 15%). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos e amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

**Tabela 5:** Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)
Masculino	24	60	87	74.17	7.96	0.26	-1.06	10.73
Feminino	31	63	92	78.55	7.21	-0.88	-0.30	9.18
<i>Total</i>	<i>55</i>	<i>60</i>	<i>92</i>	<i>76.64</i>	<i>7.79</i>	<i>-0.57</i>	<i>-1.24</i>	<i>10.16</i>

Analisando os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (cf. tabela6), constatamos que o grupo etário mais representativo é o grupo etário dos 71 aos 81 anos (43.6%) seguindo-se o grupo dos 82 aos 82 anos (29.1%) e por último surge o grupo etário dos 60 aos 70 anos com uma representatividade de 27.3%.

Particularizando a análise em função do sexo podemos constatar que os inquiridos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 60-70 anos apresentam uma maior percentagem (41.7%), sendo o grupos etário dos 82- 92 anos o menos representativo (20.8%). No que respeita ao sexo feminino, constatamos que a expressão da distribuição das idades, associada ao grupo etário mais representativo é o grupo dos 71-81 anos (48.4%) e o menos representativo é o grupo etários dos 60-70 anos (27.3%). Numa primeira análise, ao aplicarmos o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2 = 4.600$ ;  $p = 0.100$ ) verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas. No entanto, pela análise dos valores residuais, verificamos que as diferenças estatisticamente significativas residem nos indivíduos masculinos do grupo etário dos 60 aos 70 anos.

**Tabela 6:** Distribuição da amostra por grupo etário em função do género

Grupo Etário	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
60 a 70 anos		10	41.7	5	16.1	15	27.3	2.1	-2.1
71 a 81 anos		9	37.5	15	48.4	24	43.6	-0.8	0.8
82 a 92 anos		5	20.8	11	35.5	16	29.1	-1.2	1.2
<i>Total</i>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		

- Estado civil

No que diz respeito ao estado civil (cf. Tabela 7), constatamos que a grande maioria dos inquiridos é casado (43.6%) embora exista um grupo também predominante de inquiridos viúvos (40.0%). Os menos representativos são os solteiros (12.7%) e os divorciados (3.6%).

Particularizando esta análise em função do sexo, podemos constatar que os inquiridos “casados” do sexo masculino são os mais representativos (58.3%) seguindo-se os “viúvos” e os “solteiros” com 16.7% e no final e menos representativos surgem os “divorciados” (8.3%).

Também podemos concluir que para o sexo feminino o grupo mais representativo são as “viúvas” (58.0%) seguindo-se as “casadas” (32.3%), e por último e menos representativo, o grupo das “solteiras” (9.7%). Pela análise dos valores residuais verificamos que é no grupo dos “viúvos” do sexo feminino que residem as diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 7:** Distribuição da amostra por estado civil em função do género

Estado Civil	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Casado		14	58.3	10	32.3	24	43.6	1.9	-1.9
Solteiro		4	16.7	3	9.7	7	12.7	Não aplicável	
Viúvo		4	16.7	18	58.0	22	40.0	-3.1	3.1
Divorciado		2	8.3	-	0.0	2	3.6	Não aplicável	
<i>Total</i>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	$\chi^2= 11.006; p= 0.012$	

- Habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias (cf. Tabela 8), constatamos que o grupo mais representativo é o grupo com o “1º ciclo do ensino básico - 4ª classe (43.6%), seguido do grupo de inquiridos que “sabem ler e escrever” (27.3%) e do grupo dos que “não sabem ler nem escrever” (16.4%). Surgem depois alguns grupos minoritários tais como “bacharelatos” (5.5%); “licenciados” (3.6%) e detentores do “2º e 3º ciclo do ensino básico” com 1.8% cada.

Analisando em função do sexo, concluímos também que os inquiridos do sexo masculino com o “1º ciclo do ensino básico - 4ª classe” são os mais representativos (50.0%) seguindo-se o grupo dos inquiridos que “sabem ler e escrever” (16.7%); os inquiridos com “bacharelato”

(12.5%) e por último e menos representativos são os grupos “não sabe ler nem escrever” e detentores de “licenciatura” com 8.3% cada grupo. No sexo feminino, verificamos também que o grupo mais representativo é o grupo detentor do “1º ciclo do ensino básico – 4ª classe” (38.7%), seguindo-se o grupo de inquiridos que “sabem ler e escrever” (35.5%); os inquiridos que “não sabem ler nem escrever” (22.6%) e por último e minoritário, o grupo de inquiridos detentores do “3º ciclo do ensino básico – 9º ano” (3.2%).

Constatamos também que não houve inquiridos do sexo masculino detentores do “3º ciclo do ensino básico – 9º ano” nem inquiridos do sexo feminino com licenciatura, bacharelato e com o 2º ciclo do ensino básico.

Pela análise dos valores residuais, verificamos que não se evidenciam as diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 8:** Distribuição da amostra por habilitações literárias em função do género

Sexo Habilitações Literárias	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Não sabe ler nem escrever	2	8.3	7	22.6	9	16.4	-1.4	1.4
Saber ler e escrever	4	16.7	11	35.5	15	27.3	-1.6	1.6
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	12	50.0	12	38.7	24	43.6	0.8	-0.8
2º ciclo do ensino básico (6º ano)	1	4.2	-	0.0	1	1.8	Não aplicável	
3º ciclo do ensino básico (9º ano)	-	0.0	1	3.2	1	1.8	Não aplicável	
Bacharelato	3	12.5	-	0.0	3	5.5	Não aplicável	
Licenciatura	2	8.3	-	0.0	2	3.6	Não aplicável	
<i>Total</i>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		

- Situação laboral em função do género

No que se refere à situação laboral (cf. Tabela 9), a nossa amostra é composta maioritariamente por reformados (96.4%), os empregados no activo e os desempregados constituem uma minoria (1.8%).

Particularizando esta análise em função do género, constatamos que o grupo mais representativo tanto no sexo masculino como no sexo feminino é o grupo dos “reformados” com 95.8% e 96.8% respectivamente. Contudo, o grupo minoritário no sexo masculino é dos “empregados no activo” (4.2%) e no sexo feminino é o dos “desempregados” (3.2%). Pela análise dos valores residuais, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 9:** Distribuição da amostra por situação laboral em função Do género

Sexo Situação Laboral	Masculino		Feminino		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.	
Empregado	Activo	1	4.2	-	0.0	1	1.8	Não aplicável	
	Com Baixa	-	-	-	-	-	-	Não aplicável	
Desempregado		-	0.0	1	3.2	1	1.8	Não aplicável	
Reformado		23	95.8	30	96.8	53	96.4	-0.2	0.2
<i>Total</i>		<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>		

- Profissão em função do género

Referindo-nos à situação profissional (cf. Tabela 10), verificamos que o grupo mais representativo é o “grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas” (45.5%) enquanto que o menos representativo são os grupos “1 – quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas” e “4 – pessoal administrativo e similares” com 1.8% cada grupo.

Particularizando a análise em função do sexo, podemos verificar que no sexo masculino o grupo mais representativo é o grupo “7 – operários, artífices e trabalhadores similares” – (33.2%) e o menos representativo é o grupo “1 – quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa” e “4 – pessoal administrativo e similares” com uma representação de 4.2% cada. Já no que concerne ao sexo feminino o grupo mais representativo é o grupo “6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas” (58.1%) e o menos representativo, é o grupo “5 – pessoal dos serviços e vendedores” (3.2%).

No entanto, foi inserido um conjunto de indivíduos cuja profissão não se enquadra na nomenclatura da CNP – doméstica; registado no sexo feminino (16.1%).

Pela análise dos valores residuais ajustados, concluímos que existem diferenças estatísticas explicadas pelos indivíduos do sexo feminino do grupo “6 – agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”.

**Tabela 10:** Distribuição da amostra por grupos profissionais segundo a CNP em função do género

Sexo Grupos CNP	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
1-Quadros superiores da Administração Pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	1	4.2	-	0.0	1	1.8	Não aplicável	
2-Especialistas das profissões intelectuais e científicas	4	16.7	-	0.0	4	7.3	Não aplicável	
4-Pessoal administrativo e similares	1	4.2	-	0.0	1	1.8	Não aplicável	
5-Pessoal dos serviços e vendedores	3	12.5	1	3.2	4	7.3	Não aplicável	
6-Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	7	29.2	18	58.1	25	45.4	-2.1	2.1
7-Operários, artífices e trabalhadores similares	8	33.2	4	12.9	12	21.8	1.8	-1.8
9-Trabalhadores não qualificados	-	0.0	3	9.7	3	5.5	Não aplicável	
Profissão não contemplada na CNP - Doméstica	-	0.0	5	16.1	5	9.1	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>	$X^2=20.616$ $p=0.004$	

- Estatística da amostra em função dos rendimentos

Na análise descritiva da amostra em função dos rendimentos (cf. Tabela 11) optamos por constituir intervalos mais ou menos homogéneos onde se pudessem incluir os dados recolhidos. Partindo deste pressuposto, utilizamos como ponto de partida mais lógico e real o valor do RMMG<sup>7</sup> para 2012 indexado ao valor de 485 euros por mês.

Foram então estabelecidos intervalos de rendimentos: inferiores a 485 euros líquidos, onde se incluem a maioria dos indivíduos da amostra (41.8%); entre 485 e 1000 euros líquidos, no qual se inclui um grupo também representativo da amostra (38.2%); entre 1000 e 1450 euros, no qual se inclui 14.5% da amostra; superior a 1450 euros que lhe corresponde uma parcela de 5.5% da amostra.

Particularizando a análise em função do sexo, podemos concluir que é o sexo masculino que auferes melhores rendimentos, sendo mais representativo o grupo de inquiridos do sexo

<sup>7</sup> Diário da República, 1ª série – Decreto – Lei nº 253 de 31 de Dezembro de 2010 - nº 1 do artigo 1º

masculino cujos rendimentos se situam entre 1000€ e 1450€ líquidos (33.3%), existe uma minoria de indivíduos com rendimentos superiores a 1450€ líquidos (12.5%). Quanto ao sexo feminino, este grupo não auferir rendimentos líquidos superiores ao intervalo “entre 485€ e 1000€ líquidos”, constatamos ainda que a maioria (54.8%) auferir rendimentos líquidos inferiores a 485€ enquanto que a minoria (45.2%) auferir rendimentos líquidos entre os 485€ e 1000€. Pela análise dos valores residuais ajustados constatamos que as diferenças estatisticamente significativas existentes são explicadas pelos inquiridos do sexo feminino cujos rendimentos são inferiores a 485€.

**Tabela 11:** Distribuição da amostra por rendimentos mensais em função do género

Sexo Rendimento mensal	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
inferior a 485€ líquidos	6	25.0	17	54.8	23	41.8	-2.2	2.2
entre 485€ e 1000€ líquidos	7	29.2	14	45.2	21	38.2	-1.2	1.2
entre 1000€ e 1450€ líquidos	8	33.3	-	0.0	8	14.5	Não aplicável	
superior a 1450€ líquidos	3	12.5	-	0.0	3	5.5	Não aplicável	
<i>Total</i>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	$X^2= 17.995; p= 0.000$	

- Residência e conviventes em função do género

No que respeita à análise por residência (cf. Tabela 12) verificamos que mais de metade da amostra é constituída por indivíduos institucionalizados em lares ou IPSSs (56.3%) a restante amostra é constituída por indivíduos residentes em casa própria (25.5%) e indivíduos residentes em casa dos filhos (18.2%). Particularizando a análise em função do sexo, podemos observar que a maioria dos inquiridos, tanto do sexo masculino (45.8%) como do sexo feminino (64.5%) reside numa instituição - Lar/ IPSS. No entanto a minoria dos inquiridos do sexo masculino vive em casa dos filhos (16.7%) e a minoria dos inquiridos do sexo feminino vive em casa própria (16.1%). O teste do Qui-Quadrado não revela diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ( $\chi^2 = 3.319; p = 0.190$ ).

Do ponto de vista da análise do tipo de conviventes do inquirido, concluímos que a maioria (52.7%) reside com outros residentes e apenas uma minoria (9.1%) reside com família alargada. Analisando de forma particular em função do sexo, podemos observar que do mesmo modo tanto os inquiridos do sexo masculino (37.5%) como os inquiridos do sexo feminino (64.5%) convivem com outros residentes, contudo existe uma minoria de

inquiridos do sexo masculino que convive com os filhos ou com família alargada (12.5%), já a minoria representativa do sexo feminino reside só com a família alargada (6.5%). Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas no que respeita à tipificação da residência. No entanto, pela análise dos valores residuais constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos do sexo feminino que convivem com outros residentes.

**Tabela 12:** Distribuição da amostra por residência e conviventes em função do género

Sexo Residência	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Casa própria	9	37.5	5	16.1	14	25.5	1.8	-1.8
Casa dos filhos	4	16.7	6	19.4	10	18.2	-0.3	0.3
Lar/ Ips	11	45.8	20	64.5	31	56.3	-1.4	1.4
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	$X^2= 3.319$ $p= 0.190$	
Sexo Conviventes	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sozinho (a)	-	-	-	-	-	-	-	-
Com o cônjuge/ companheiro	9	37.5	5	16.1	14	25.5	1.8	-1.8
Com os filhos	3	12.5	4	12.9	7	12.7	Não aplicável	
Com família alargada	3	12.5	2	6.5	5	9.1	Não aplicável	
Outro (residentes)	9	37.5	20	64.5	29	52.7	-2.0	<b>2.0</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		

- Religião em função do género

Constatamos que a totalidade professa uma religião (cf. Tabela 13). A esmagadora maioria é católica (96.4%) existindo apenas dois indivíduos do sexo feminino que são testemunhas de jeová (3.6%). No entanto não verificamos diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 13:** Distribuição da amostra pelas variáveis relacionadas com a religião em função do género

Sexo Variáveis		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Professa alguma religião?	Sim	24	100.0	31	100.0	55	100.0	0.0	0.0
	Não	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Qual religião professa?	Católica	24	100.0	29	93.5	53	96.4	1.3	-1.3
	Testemunhas de Jeová	0	0.0	2	6.5	2	3.6	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	$X^2=1.607$ $p=0.205$	

No respeitante ao grau de crença na religião e grau que considera ser praticante (cf. Tabela 14), constatamos que os indivíduos do sexo feminino são mais crentes ( $\bar{x} = 6.87$ ) e mais praticantes ( $\bar{x} = 5.61$ ) que os indivíduos do sexo masculino. Do ponto de vista das medidas de assimetria e achatamento verificamos que no que respeita ao **grau de crença na religião que professa**, a amostra é assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocúrtica, contudo particularizando em função do sexo, verificamos que nos indivíduos do sexo masculino a amostra é simétrica e mesocúrtica, já no que respeita aos indivíduos do sexo feminino a amostra é assimétrica negativa com enviesamento à direita e leptocúrtica.

No que respeita ao **grau que considera ser praticante** a distribuição quer da amostra total quer de ambos os sexos é simétrica e mesocúrtica.

**Tabela 14:** Estatísticas relativas à religião (grau de crença e grau de prática) em função do género

Qual o grau de crença na religião que professa?								
Idade	N	Min.	Máx	$\bar{x}$	Dp.	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)
Masculino	24	4	7	5.92	0.881	-0.519	-0.869	14.88
Feminino	31	5	7	<b>6.87</b>	0.428	-8.458	15.859	6.22
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>6.45</b>	<b>0.812</b>	<b>-3.869</b>	<b>0.665</b>	<b>12.58</b>
Qual o grau que considera ser praticante?								
Idade	N	Min.	Máx	$\bar{x}$	Dp.	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)
Masculino	24	2	7	4.33	1.308	-0.099	-0.577	30.20
Feminino	31	3	7	<b>5.61</b>	1.407	-1.681	-0.902	25.08
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5.05</b>	<b>1.496</b>	<b>-0.835</b>	<b>-1.583</b>	<b>29.62</b>

- Condições habitacionais em função do género

A análise desta variável mostra-nos (cf. tabela 15) que a maioria dos inquiridos vive em moradias. A maioria destes, vive em moradias sem escadas (56.4%). Este facto verifica-se tanto no sexo masculino (66.6%) como no sexo feminino (48.4%). Existe uma minoria que vive em moradias com escadas e elevador, constituída por mulheres (6.5%). Permanecem apenas dois indivíduos da amostra que vivem em apartamento: um do sexo masculino que vive num apartamento com elevador e outro do sexo feminino que vivem num apartamento sem elevador. Contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 15:** Distribuição da amostra por condições habitacionais em função do género

Sexo	Condições habitacionais	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Moradia	Com escadas	7	29.2	13	41.9	20	36.4	-1.0	1.0
	Sem escadas	16	66.6	15	48.4	31	56.4	1.4	-1.4
Apartamento	Com elevador	1	4.2	0	0.0	1	1.8	Não aplicável	
	Sem elevador	0	0.0	1	3.2	1	1.8	Não aplicável	
Outro (moradia com escadas e com elevador)		0	0.0	2	6.5	2	3.6	Não aplicável	
<i>Total</i>		<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>		

### 3.1.2 - Caracterização Clínica

- Tipo de AVC e zona cerebral atingida em função do sexo

Analisando a tabela 16 constatamos que a maioria dos inquiridos sofreu um AVC isquémico (49.1%) e apenas uma minoria de 16.4% respondeu que sofreu um AIT. Analisando concretamente em função do sexo, concluímos que o AVC isquémico é prevalente tanto no sexo masculino (41.6%) como no sexo feminino (54.8%). No entanto, no sexo masculino é o AVC hemorrágico o menos prevalente (25.0%) enquanto que o tipo de AVC menos prevalente no sexo feminino é o AIT (6.5%). Há a considerar que existem indivíduos da amostra (10.9%) que não sabem designar o tipo de AVC que sofreram, particularizando, constituem 4.2% dos indivíduos do sexo masculino e 16.1% dos indivíduos do sexo feminino. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos masculinos que sofreram AIT.

Ao analisarmos quanto à zona cerebral atingida, constatamos que a maioria da amostra respondeu que sofreu um AVC no hemisfério direito do cérebro (49.0%) e apenas uma minoria respondeu que o AVC ocorreu no tronco cerebral/ cerebelo (9.1%), no entanto é importante registar que 16.4% da amostra não sabe identificar a zona cerebral atingida.

Analisando com mais rigor os dados recolhidos, constatamos que foi o hemisfério direito a zona cerebral mais atingida em ambos os sexos e a menos atingida foi o tronco cerebral/ cerebelo tanto para o sexo masculino (4.2%) como para o sexo feminino (12.9%).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 16 :** Distribuição da amostra por tipo de AVC e zona cerebral atingida em função do género

Tipo de AVC								
Sexo Tipo de AVC	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Isquémico	10	41.6	17	54.8	27	49.1	-1.0	1.0
Hemorragico	6	25.0	7	22.6	13	23.6	0.2	-0.2
AIT	7	29.2	2	6.5	9	16.4	2.3	-2.3
Não sabe	1	4.2	5	16.1	6	10.9	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>		

Zona cerebral atingida								
Sexo Zona cerebral atingida	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Hemisfério direito	12	50.0	15	48.3	27	49.0	0.1	-0.1
Hemisfério esquerdo	8	33.3	6	19.4	14	25.5	1.2	-1.2
Tronco cerebral/ cerebelo	1	4.2	4	12.9	5	9.1	Não aplicável	
Não sabe	3	12.5	6	19.4	9	16.4	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>		

- Tempo decorrido após o AVC, antecedentes clínicos, caracterização da doença cardíaca em função do sexo

A tabela 17 demonstra que a maioria da amostra referiu que o AVC ocorreu à mais de 2 anos (63.6%), só uma minoria dos inquiridos respondeu que o AVC ocorreu à menos de 1ano (9.1%). E entre 1 a 2 anos responderam (27.3%).

Particularizando em função do sexo, constatamos que a maioria dos inquiridos do sexo masculino e feminino registaram que o AVC ocorreu à mais de 2 anos (54.2% e 70.9% respectivamente).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nem pela análise dos resíduos ajustados nem pela aplicação do teste do Qui-Quadrado cujos pressupostos não se verificaram para a sua aplicação.

Em relação aos antecedentes clínicos, constatamos que a Hipertensão arterial é o antecedente clínico prevalente na amostra total (56.3%) e o menos prevalente é a Diabetes (5.5%), contudo, existem uma percentagem de 16.4% da amostra que desconhece os seus antecedentes clínicos.

Particularizando em função do sexo, verificamos que o antecedente clínico prevalente no sexo masculino é também a HTA (58.4%) tal como no sexo feminino (54.8%). No entanto, enquanto que no sexo feminino o antecedente menos prevalente é apenas a diabetes (3.2%), no sexo masculino este dado é partilhado pela diabetes apenas (8.3%) e pela Diabetes/ HTA (8.3%).

É importante referir que os 10.9% dos inquiridos com doença cardíaca caracterizaram o antecedente clínico. Assim, verificamos que esta amostra é constituída por indivíduos cuja insuficiência cardíaca é prevalente (50.0%), a valvulopatia é menos prevalente (16.7%). Particularizando em função do sexo, verificamos que a insuficiência cardíaca é prevalente no sexo masculino (75.0%) e é menos representativa a arritmia (25.0%), não havendo casos registados de valvulopatia. No que se refere ao sexo feminino os dois casos de doença cardíaca foram caracterizados por arritmia e por valvulopatia (50.0%). Não foram registados casos de insuficiência cardíaca.

De igual modo, não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 17:** Distribuição da amostra por tempo decorrido após o AVC, por antecedentes clínicos e caracterização da doença cardíaca em função do género

Sexo Tempo decorrido após AVC	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
À menos de 1 ano	2	8.3	3	9.7	5	9.1	Não aplicável	
Entre 1 a 2 anos	9	37.5	6	19.4	15	27.3	1.5	-1.5
À mais de 2 anos	13	54.2	22	70.9	35	63.6	-1.3	1.3
<i>Total</i>	24	100.0	31	100.0	55	100.0		

Sexo Antecedentes clínicos	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Diabetes	2	8.3	1	3.2	3	5.5	Não aplicável	
Hipertensão	14	58.4	17	54.8	31	56.3	0.3	-0.3
Diabetes/ HTA	2	8.3	4	12.9	6	10.9	Não aplicável	
Doença cardíaca	4	16.7	2	6.5	6	10.9	Não aplicável	
Não sabe	2	8.3	7	22.6	9	16.4	-1.4	1.4
<i>Total</i>	24	100.0	31	100.0	55	100.0		

Sexo Disfunção cardíaca	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Insuf. Cardíaca	3	75.0	-	0.0	3	50.0	1.7	-1.7
Arritmia	1	25.0	1	50.0	2	33.3	-0.6	0.6
Valvulopatia	-	0.0	1	50.0	1	16.7	-1.5	1.5
<i>Total</i>	4	100.0	2	100.0	6	100.0		

- Tipo de deficit e dependência de terceiros

Neste âmbito podemos observar (cf. Tabela 18) que 65.5% dos indivíduos inquiridos desenvolveram deficit motor após o AVC, sendo o deficit motor o mais prevalente da amostra. Segue-se o deficit misto em que existe deficit motor e sensitivo (32.7%) e regista-se uma minoria de 1.8% da amostra que desenvolveu apenas deficit sensitivo.

Analisando mais detalhadamente em função do sexo, verificamos que o deficit motor continua a ser o deficit mais representativo quer no sexo masculino (62.5%) quer no sexo feminino (67.7%), seguindo-se os dois tipos de deficit (33.3% e 32.3% respectivamente) e por último registou-se apenas 1 caso de deficit sensitivo no sexo masculino (4.2%). Mais uma vez não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, alguns inquiridos que desenvolveram algum tipo de deficit, conseguiram ainda caracterizar mais detalhadamente o deficit que ocorreu. Assim, verificamos que da amostra total de 7 indivíduos que o fizeram, 71.4% registaram que desenvolveram afasia, 14.3% desenvolveram deficit visual em igual percentagem com os que desenvolveram perda de equilíbrio.

Particularizando em função do sexo, constatamos que a prevalência da afasia mantém-se tanto para o sexo masculino (66.7%) como para o sexo feminino (75.0%). Em relação aos outros tipos de deficit que surgiram apenas se registou 1 caso de deficit visual no sexo masculino (33.3%) e outro caso de perda de equilíbrio no sexo feminino (25.0%). Não se verificaram pelas razões anteriormente evocadas diferenças estatisticamente significativas.

Do ponto de vista da dependência dos inquiridos, constatamos que a grande maioria da amostra (78.2%) encontra-se dependente de terceiros por força do deficit resultante. Particularizando em função do sexo, podemos verificar que esta prevalência da dependência de terceiros verifica-se tanto para o sexo masculino (66.7%) como para o sexo feminino (87.1%). Através da aplicação do teste do Qui-Quadrado, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=3.310$   $p=0.069$ ).

**Tabela 18** : Distribuição da amostra pelo tipo de deficit e por dependência de terceiros em função do género

Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Tipo de deficit	<u>Deficit motor</u>	15	62.5	21	67.7	36	65.5	-0.4	0.4
	<u>Deficit sensitivo</u>	1	4.2	-	0.0	1	1.8	Não aplicável	
	<u>Ambos</u>	8	33.3	10	32.3	18	32.7	0.1	-0.1
<i>Total</i>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		
Outro tipo De deficit	<u>afasia</u>	2	66.7	3	75.0	5	71.4	Não aplicável	
	<u>Deficit visual</u>	1	33.3	0	0.0	1	14.3	Não aplicável	
	<u>Perda de equilíbrio</u>	0	0.0	1	25.0	1	14.3	Não aplicável	
<i>Total</i>		<b>3</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>		
Dependência de terceiros	Sim	16	66.7	27	87.1	43	78.2	-1.8	1.8
	Não	8	33.3	4	12.9	12	21.8	1.8	-1.8
<i>Total</i>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	$X^2=3.310$ $p=0.069$	

- Reabilitação em função do género

Centrando-nos agora nos resultados afectos à caracterização da amostra de acordo com a necessidade de um programa de reabilitação. Podemos constatar (cf. Tabela 19) que dos 55 elementos constituintes da amostra, apenas 32 sujeitos necessitaram de cuidados de reabilitação (58.2%). Uma análise mais detalhada, permite-nos afirmar que tanto no sexo masculino (58.3%) como no sexo feminino (58.1%) continuamos a verificar a prevalência da execução deste tipo de cuidados. No entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 19:** Distribuição da amostra por necessidade de Programa de reabilitação em função do género

Sexo Necessidade de reabilitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sim	14	58.3	18	58.1	32	58.2	0.0	0.0
Não	10	41.7	13	41.9	23	41.8	0.0	0.0
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>	<i>X<sup>2</sup>= 0.000 p=0.984</i>	

No que diz respeito ao número de sessões (cf. Tabela 20), verificamos que estas variam entre zero a duzentas sessões. Analisando as descrições estatísticas, verificamos também que a média do número de sessões efectuadas é de 62.66, apresentando uma dispersão elevada (CV= 72.56%).

Analisando as medidas de assimetria e achatamento, concluímos que a distribuição do número de sessões da totalidade da amostra é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e mesocúrtica. Analisando a distribuição para o sexo masculino, verificamos que é simétrica e mesocúrtica. Quanto à distribuição do número de sessões do sexo feminino, esta é assimétrica à direita ou enviesada à esquerda e leptocúrtica.

Verificamos que em média foi o sexo feminino que mais sessões de reabilitação realizou ( $\bar{x} = 69.17$ ).

**Tabela 20:** Estatísticas relativas ao número de sessões de reabilitação realizadas segundo o género

Nº Sessões	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)
Masculino	14	0	120	54.24	42.193	0.423	-1.175	77.79
Feminino	18	15	200	69.17	48.027	2.522	2.049	69.43
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>0</i>	<i>200</i>	<i>62.66</i>	<i>45.472</i>	<i>2.347</i>	<i>1.567</i>	<i>72.56</i>

O tipo de reabilitação que foi instituído foi maioritariamente a fisioterapia (tabela 21), dado que se confirma para ambos os sexos. Contudo 2 inquiridos especificaram que realizaram terapia da fala.

Do ponto de vista do tipo de cuidados requisitados e portanto, indagando em função do profissional de saúde que realizou o programa, constatamos que 81.3% da amostra recebeu cuidados do fisioterapeuta; 9.4% do terapeuta da fala; 6.2% do enfermeiro de Reabilitação; e 3.1% da amostra recebeu cuidados de um técnico de motricidade. Feita uma análise em detalhe podemos verificar que é o fisioterapeuta o mais procurado pelos inquiridos tanto do sexo masculino (85.8%) como do sexo feminino (77.8%), no entanto os profissionais mais procurados em segundo lugar são para o sexo masculino o terapeuta da

fala (7.1%) em igualdade com o técnico de motricidade enquanto que o sexo feminino procurou em segundo lugar o enfermeiro de reabilitação (11.1%) em igualdade com o terapeuta da fala.

Quanto à não realização do Programa de reabilitação, os inquiridos que não o fizeram apontaram como razões o facto de: não haver necessidade (45.7%); não ter sido informado (41.7%). Com percentagens de 4.2% cada estão as razões: inexistente em Portugal; difícil de cumprir; idade avançada. No entanto analisando de forma mais detalhada, constatamos que o sexo masculino apontou a razão predominante o facto de não haver necessidade (70.0%), enquanto que o sexo feminino apontou como razão predominante o facto de não ter sido informado (57.2%).

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 21:** Distribuição da amostra por tipo de reabilitação, por quem realizou o programa de reabilitação e pela razão da não realização do Programa de reabilitação em função do género.

Sexo Tipo de reabilitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Fisioterapia	13	92.9	17	94.4	30	93.8	-0.2	0.2
Terapia da fala	1	7.1	1	5.6	2	6.2	Não aplicável	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>		
Sexo Quem realizou o programa de reabilitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Enfermeiro de Reabilitação	0	0.0	2	11.1	2	6.2	Não aplicável	
Fisioterapeuta	12	85.8	14	77.8	26	81.3	0.6	-0.6
Terapeuta da fala	1	7.1	2	11.1	3	9.4	Não aplicável	
Técnico de motricidade	1	7.1	0	0.0	1	3.1	Não aplicável	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>		
Sexo Razão porque não fez programa de reabilitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Inexistente em Portugal	0	0.0	1	7.1	1	4.2	Não aplicável	
Difícil de cumprir	1	10.0	0	0.0	1	4.2	Não aplicável	
Não fui informado (a)	2	20.0	8	57.2	10	41.7	Não aplicável	
Idade avançada	0	0.0	1	7.1	1	4.2	Não aplicável	
Não houve necessidade	7	70.0	4	28.7	11	45.7	Não aplicável	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>		

### 3.1.3 – Caracterização subjacente ao contexto familiar

No que respeita à funcionalidade familiar (tabela 22), concluímos que em média, os homens apresentam melhor score na funcionalidade familiar, comparativamente às mulheres (2.79 para 2.48). Pelos resultados obtidos tendo em conta os valores de referência

para valores de simetria (skewness) e de achatamento (kurtosis) podemos afirmar que a distribuição da funcionalidade familiar assimétrica negativa enviesada à direita e mesocúrtica para a totalidade da amostra. Contudo existem diferenças na medida de simetria em função do sexo, onde se verifica que no sexo masculino a distribuição é assimétrica negativa enviesada à direita, enquanto que no sexo feminino a distribuição é simétrica. Quanto à medida de achatamento ou curtose, a distribuição é mesocúrtica para ambos os sexos.

**Tabela22:** Estatística relativa à funcionalidade familiar segundo o género

Funcionalidade familiar	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)
Masculino	24	2	3	2.79	0.415	-3.250	0.410	14.87
Feminino	31	1	3	2.48	0.570	-1.213	-0.874	22.98
<i>Total</i>	<i>55</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>2.62</i>	<i>0.527</i>	<i>-2.767</i>	<i>-0.6072</i>	<i>20.11</i>

Verificamos pela análise da tabela 23, que a maioria dos inquiridos percepciona a sua família como sendo altamente funcional (63.7%). No entanto, 34.5% considera que a sua família possui uma disfunção leve e 1.8% considera que a sua família possui uma disfunção severa. Numa análise mais detalhada, verificamos que são as famílias *altamente funcionais* que prevalecem tanto no sexo masculino (79.2%) como no sexo feminino (51.6%). Contudo, verificamos que neste último, as famílias com disfunção *severa* e *leve* têm alguma expressão (3.2% e 45.2% respectivamente).

A análise dos valores residuais ajustados permite-nos concluir que existem diferenças estatísticas significativas explicada pelos indivíduos do sexo masculino que consideram as suas famílias altamente funcionais.

**Tabela 23:** Distribuição da amostra por estratificação da funcionalidade familiar em função do género.

Sexo Estratificação da funcionalidade familiar	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Famílias com disfunção severa	0	0.0	1	3.2	1	1.8	Não aplicável	
Famílias com disfunção leve	5	20.8	14	45.2	19	34.5	-1.9	1.9
Altamente funcionais	19	79.2	16	51.6	35	63.7	2.1	-2.1
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>55</i>	<i>100.0</i>		

### 3.1.4 – Caracterização subjacente ao Impacto do AVC no estado de saúde

Considerando que o QIAVC é um instrumento de medida cujo score total vem expresso numa pontuação de 0 a 100. Podemos indagar que os scores positivos ou

favoráveis obtidos são superiores a 50 pontos e os negativos ou mais desfavoráveis são inferiores a 50 pontos

Partindo deste pressuposto, no que respeita aos domínios avaliados pelo QIAVC (cf. Tabela 24), poderemos verificar que em relação à amostra total os scores obtidos foram positivos em todas as dimensões excepto na dimensão AVD/ AIVD ( $\bar{x} = 37.61$ ); função da mão ( $\bar{x} = 34.18$ ) e participação ( $\bar{x} = 48.18$ ). De facto, quem contribuiu para o score total positivo da amostra foi o sexo masculino, que em todas as dimensões obteve score mais favorável. Uma análise mais cuidada permite afirmar que a dimensão melhor cotada no sexo masculino foi a **comunicação** ( $\bar{x} = 77.53$ ) e a pior cotada foi a **função da mão** ( $\bar{x} = 45.63$ ). No que concerne ao sexo feminino a dimensão melhor cotada foi a **controlar emoções** ( $\bar{x} = 52.78$ ) e a pior cotada foi a **função da mão** ( $\bar{x} = 25.32$ ).

Do ponto de vista das medidas de assimetria e achatamento, podemos constatar que a amostra constituída pelos indivíduos do sexo masculino é simétrica em todas as dimensões. Já a distribuição do sexo feminino difere da distribuição do sexo masculino nas dimensões “AVD/ AIVD” e “participação” uma vez que constitui uma distribuição assimétrica positiva enviesada à esquerda. Do ponto de vista da amostra total, todas as dimensões tem distribuição simétrica excepto na dimensão “memória” cuja distribuição é assimétrica negativa enviesada à direita e na dimensão “AIVD/ AVD” cuja distribuição é assimétrica positiva enviesada à esquerda.

No que diz respeito à medida de achatamento ou curtose, podemos verificar que a amostra total é mesocúrtica em todas as dimensões excepto na dimensão “mobilidade” cuja distribuição é platicúrtica. Particularizando em função do sexo, constatamos que a amostra no sexo masculino também é mesocúrtica na sua totalidade. Já a amostra do sexo feminino apenas difere da amostra do sexo masculino, uma vez que a sua distribuição na dimensão “controlar emoções” é leptocúrtica.

Levando em linha de conta a medida de dispersão utilizada (coeficiente de variação), podemos constatar que a amostra total possui uma dispersão elevada em todas as dimensões excepto na dimensão “controlar emoções”, cuja dispersão é fraca (CV= 14.25%). Particularizando em função do sexo, podemos afirmar que a amostra dos inquiridos do sexo feminino se comporta do mesmo modo que a amostra geral em termo da sua dispersão. Já o que respeita ao sexo masculino, a sua dispersão embora elevada em todas as dimensões, ela é moderada nas dimensões “memória” (CV= 21.97%) e “comunicação” (CV= 21.67%).

**Tabela 24:** Estatística relativa ao score das dimensões do QIAVC em função do género

Domínios do QIAVC	Sexo	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std <sub>error</sub>	K/Std <sub>error</sub>	CV (%)
Força	Masculino	24	0	100	60.94	34.443	-1.256	-0.920	56.52
	Feminino	31	0	100	48.59	24.617	0.427	-0.137	50.66
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>53.98</b>	<b>29.667</b>	<b>-0.357</b>	<b>-1.261</b>	<b>54.96</b>
Memória	Masculino	24	44	100	76.17	16.735	0.296	-0.779	21.97
	Feminino	31	6	88	40.32	22.088	0.992	-1.126	54.78
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>55.97</b>	<b>26.688</b>	<b>-2.422</b>	<b>-1.522</b>	<b>47.68</b>
Emoção	Masculino	24	50	75	59.49	8.310	1.633	-0.856	13.97
	Feminino	31	33	69	52.78	6.334	-0.299	3.610	12.00
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>33</b>	<b>75</b>	<b>55.71</b>	<b>7.937</b>	<b>1.956</b>	<b>1.818</b>	<b>14.25</b>
Comunicação	Masculino	24	50	100	77.53	16.800	1.631	-1.326	21.67
	Feminino	31	11	86	49.65	19.807	-0.570	-0.721	39.89
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>61.82</b>	<b>23.083</b>	<b>-0.636</b>	<b>-0.556</b>	<b>37.34</b>
AVD/ AIVD	Masculino	24	6	100	50.52	34.046	0.552	-1.604	67.39
	Feminino	31	6	67	27.62	18.462	2.415	0.247	66.84
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>37.61</b>	<b>28.538</b>	<b>2.937</b>	<b>-0.353</b>	<b>75.88</b>
Mobilidade	Masculino	24	5	100	61.25	32.713	-0.860	-1.190	53.41
	Feminino	31	0	88	35.08	28.221	0.731	-1.610	80.45
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>46.50</b>	<b>32.708</b>	<b>0.335</b>	<b>-2.022</b>	<b>70.34</b>
Função da mão	Masculino	24	0	100	45.63	36.692	0.203	-1.598	80.41
	Feminino	31	0	95	25.32	24.493	1.828	0.589	96.73
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>34.18</b>	<b>31.780</b>	<b>1.888</b>	<b>-1.052</b>	<b>92.98</b>
Participação	Masculino	24	0	100	56.48	24.073	-0.254	-0.302	42.62
	Feminino	31	11	97	41.76	18.446	2.399	1.912	44.17
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>48.18</b>	<b>22.140</b>	<b>1.732</b>	<b>0.359</b>	<b>45.95</b>
Percepção da recuperação do AVC	Masculino	24	0	90	60.42	27.422	-1.822	-0.372	45.39
	Feminino	31	0	80	47.10	19.355	-0.144	0.387	41.09
<b>Total</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>52.91</b>	<b>23.935</b>	<b>-0.720</b>	<b>-0.875</b>	<b>45.23</b>

### 3.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados recolhidos, passamos à abordagem inferencial dos mesmos para assim poderemos tirar conclusões para o domínio mais vasto onde os elementos observados ou experimentados provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Assim, trata-se de um processo que permite determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população. Salientamos que nesta análise apenas serão

referenciados, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos descritos.

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e o Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objectivos da presente investigação.

- **Género versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Em relação à influência da variável género, os resultados do teste t de Student (cf. Tabela 25 permitem observar que os sujeitos do sexo masculino pontuam significativamente diferente e melhor que os sujeitos do sexo feminino no resultado dos seguintes domínios do QIAVC: *Memória, Emoção, Comunicação, AVD/ AIVD, Mobilidade, Função da mão, Participação e Percepção de Recuperação do AVC*. Mais especificamente, são os sujeitos do sexo masculino os que apresentam maior capacidade de memorizar e raciocinar, menores alterações de humor associadas a maior capacidade de controlar emoções, menores dificuldades na sua capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais da vida diária, melhor capacidade em se moverem em casa e fora dela, melhor capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC. No domínio *Força* as diferenças não se revelaram significativas.

**Tabela 25:** Resultados do *Teste t de Student*: Género versus Impacto do AVC no estado de saúde

Domínios do QIAVC	Sexo	N	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
Força	Masculino	24	60.94	34.443	5.389	0.024	1.487	0.145
	Feminino	31	48.59	24.617				
Memória	Masculino	24	76.17	16.735	4.651	0.036	<b>6.848</b>	<b>0.000</b>
	Feminino	31	40.32	22.088				
Emoção	Masculino	24	59.49	8.310	3.936	0.052	<b>3.402</b>	<b>0.001</b>
	Feminino	31	52.78	6.334				
Comunicação	Masculino	24	77.53	16.800	0.550	0.462	<b>5.523</b>	<b>0.000</b>
	Feminino	31	49.65	19.807				
AVD/ AIVD	Masculino	24	50.52	34.046	16.960	0.000	<b>2.974</b>	<b>0.005</b>
	Feminino	31	27.62	18.462				
Mobilidade	Masculino	24	61.25	32.713	0.531	0.469	<b>3.182</b>	<b>0.002</b>
	Feminino	31	35.08	28.221				
Função da mão	Masculino	24	45.63	36.692	8.764	0.005	<b>2.457</b>	<b>0.017</b>
	Feminino	31	25.32	24.493				
Participação	Masculino	24	56.48	24.073	1.479	0.229	<b>2.570</b>	<b>0.013</b>
	Feminino	31	41.76	18.446				
Percepção de Recuperação do AVC	Masculino	24	60.42	27.422	3.821	0.056	<b>2.111</b>	<b>0.039</b>
	Feminino	31	47.10	19.355				

- **Idade versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Para estudar a associação entre a *idade* e os resultados do QIAVC, realizamos correlações de Pearson (cf. Tabela 26). Os dados revelam a existência de uma associação negativa e altamente significativa nos domínios: *memória* ( $r = -0.603$ ;  $p = 0.000$ ); *emoção* ( $r = -0.560$ ;  $p = 0.000$ ); *comunicação* ( $r = -0.595$ ;  $p = 0.000$ ); *AVD/ AIVD* ( $r = -0.455$ ;  $p = 0.000$ ); *mobilidade* ( $r = -0.494$ ;  $p = 0.000$ ). O mesmo poderá ser afirmado para os domínios: *participação* ( $r = -0.439$ ;  $p = 0.001$ ) e *recuperação do AVC* ( $r = -0.366$ ;  $p = 0.006$ ), cuja associação com a idade tem aqui uma expressão bastante significativa ( $p < 0.01$ ). No domínio *função da mão* constatamos uma associação apenas significativa ( $r = -0.346$ ;  $p = 0.010$ ). A força da associação<sup>8</sup> oscila entre uma associação baixa para o domínio *função da mão* ( $r = -0.346$ ) e uma associação moderada para o domínio *memória* ( $r = -0.602$ ). Em suma, estes resultados permitem-nos afirmar que o efeito da idade na percepção do impacto do AVC no estado de saúde tem significância estatística em todos os domínios do QIAVC à excepção do domínio *Força*.

<sup>8</sup>Pestana e Gageiro (2008, p.181) referem que "por convenção sugere-se que  $R$  menor que 0.2 indica uma associação muito baixa; entre 0.2 e 0.39 baixa; entre 0.4 e 0.69 moderada; entre 0.7 e 0.89 alta; e por fim entre 0.9 e 1 uma associação muito alta.

**Tabela 26:** Resultados da *Correlação de Pearson* entre: *idade versus Impacto do AVC no estado de Saúde*

Idade	r	p
Força	-0.203	0.136
Memória	<b>-0.602</b>	<b>0.000</b>
Emoção	<b>-0.560</b>	<b>0.000</b>
Comunicação	<b>-0.595</b>	<b>0.000</b>
AVD/ AIVD	<b>-0.455</b>	<b>0.000</b>
Mobilidade	<b>-0.494</b>	<b>0.000</b>
Função da mão	<b>-0.346</b>	<b>0.010</b>
Participação	<b>-0.439</b>	<b>0.001</b>
Percepção de recuperação do AVC	<b>-0.366</b>	<b>0.006</b>

Partindo destes resultados, foi nosso interesse conhecer o comportamento do grupo etário na expressão do estado de saúde dos sujeitos da nossa amostra, pelo que recorremos à realização de análise de variância (ANOVAS) com procedimentos estatísticos Post-Hoc (teste de Tukey), com o objectivo de localizar e identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo. Em concreto, as ANOVAS (cf. Tabela 27) revelaram a existência de um efeito altamente significativo sobre os valores dos domínios *Memória* ( $F= 12.662$  ;  $p= 0.000$ ) e *comunicação* ( $F= 14.532$ ;  $p= 0.000$ ).

Para o domínio *memória* o procedimento Tukey assinala diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60-70 anos ( $M=76.46$ ) e as do grupo etário dos 71-81 anos ( $M=56.38$ ; Tukey= 0.023) e entre as médias destes e as do grupo etário dos 82-92 anos ( $M=36.13$ ), sendo o valor da significância de  $p=0.019$ . De realçar também diferenças altamente significativas entre os sujeitos do grupo etário dos 60-70 anos ( $M=76.46$ ) e os do grupo etário dos 82-92 anos ( $M=36.13$ ; Tukey=0.000). Estes resultados indiciam-nos que os indivíduos do grupo etário dos 60-70 anos de idade manifestam maior capacidade de memorizar e raciocinar do que os indivíduos dos grupos etários mais elevados, ou seja, quanto mais alta é a expressão do grupo etário menor é a capacidade de memorizar e raciocinar.

Para o domínio *comunicação*, o procedimento Post-Hoc de Tukey permitiu-nos verificar diferenças estatisticamente bastante significativas entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60-70 anos ( $M=81.67$ ) e os do grupo etário dos 71-81 anos ( $M=60.42$ ; Tukey=0.003) e entre os primeiros com o grupo dos 82 - 92 anos ( $M= 45.31$ ; Tukey= 0.000).

Estatisticamente menos significativas mas com expressão, revelaram-se as diferenças entre o grupo dos 71 - 81 anos (M= 60.42) e o grupo dos 82 - 92 anos cujo o valor de significância é  $p= 0.042$ . Estes resultados permitem-nos inferir que os indivíduos do grupo etário dos 60-70 anos de idade manifestam menor dificuldade na capacidade em comunicar e compreender do que os indivíduos dos grupos etários mais elevados, ou seja, quanto mais alta é a expressão do grupo etário maior é a dificuldade na capacidade em comunicar e compreender.

Os procedimentos estatísticos ANOVAs mostram também efeitos bastante significativos ( $p<0.01$ ) para os domínios: *emoção* (F= 8.163;  $p= 0.001$ ); *AVD/ AIVD* (F= 5.776;  $p= 0.005$ ); *mobilidade* (F= 7.360;  $p= 0.002$ ) e *participação* (F= 5.116;  $p= 0.007$ ).

Para o domínio *emoção*, o procedimento Tukey, permitiu verificar diferenças bastante significativas entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos (M= 60.74) e as médias do grupo etário dos 82 - 92 anos (M= 50.52; Tukey= 0.001). Estes dados permitem inferir que os indivíduos do grupo etário dos 60 - 70 anos têm menos alterações de humor associadas a melhor capacidade de controlar as emoções que os sujeitos do grupo etário dos 82 - 92 anos. Não se verificaram diferenças significativas entre os restantes grupos etários.

No respeitante ao domínio *AVD/ AIVD*, o mesmo procedimento estatístico, permite identificar diferenças bastante significativas entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos (M= 56.94) e as médias do grupo dos 82 - 92 anos (M= 27.08; Tukey= 0.007), menos significativas, mas com alguma expressão são as diferenças entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos e as médias do grupo dos 71 - 81 anos (M= 32.55; Tukey= 0.018). Contudo, estes dados permitem-nos concluir que os sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos têm menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais de vida diárias que os sujeitos do grupo etário dos 71 -81 anos e do grupo etário dos 82 - 92 anos. Nada podemos concluir sobre as diferenças entre os grupo dos 71 - 81 anos e grupo dos 82 - 92 anos.

Quanto ao domínio *mobilidade*, podemos identificar diferenças bastante significativas (através do teste de Post-hoc de Tukey) entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos (M= 68.17) e as médias dos sujeitos do grupo etário dos 82 - 92 anos (M= 27.66; Tukey= 0.001). Podemos inferir que os sujeitos do grupo etário dos 60 - 70 anos têm melhor capacidade em se mover em casa e fora dela, que os sujeitos do grupo etário dos 82 - 92 anos. Contudo nada podemos inferir em relação aos restantes grupos etários.

No que concerne ao domínio *participação*, o mesmo procedimento permite identificar diferenças também bastante significativas entre as médias dos sujeitos do grupo etário dos 60 – 70 anos (M= 59.26) e as médias dos sujeitos do grupo etário dos 82 – 92 anos (M= 35.76; Tukey= 0.007). Este facto permite-nos concluir que os sujeitos do grupo etário dos 60 – 70 anos têm melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida.

O procedimento ANOVA não permitiu averiguar efeitos da variável independente (grupo etário) na variável dependente (Impacto do AVC no estado de saúde) relativamente aos domínios: *força, função da mão e percepção da recuperação do AVC*.

Em suma, podemos inferir que os scores nos diferentes domínios (excepto naqueles que não se constataram efeitos entre a variável dependente e a variável independente) genericamente favorecem os indivíduos do grupo etário mais jovem.

**Tabela 27:** Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: *grupo etário versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Dimensões do QIAVC	Grupos etários	N	$\bar{x}$	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Força	60 a 70 anos (a)	15	65.00	28.130	1.773	0.180	
	71 a 81 anos (b)	24	46.88	31.547			
	82 a 92 anos (c)	16	54.30	26.489			
Memória	60 a 70 anos (a)	15	76.46	18.255	12.662	0.000	a>b; p= 0.023 b>c; p= 0.019 a>c; p=0.000
	71 a 81 anos (b)	24	56.38	23.897			
	82 a 92 anos (c)	16	36.13	23.189			
Emoção	60 a 70 anos (a)	15	60.74	9.145	8.163	0.001	a>c; p= 0.001
	71 a 81 anos (b)	24	56.02	6.220			
	82 a 92 anos (c)	16	50.52	5.993			
Comunicação	60 a 70 anos (a)	15	81.67	16.359	14.532	0.000	a>b; p= 0.003 b>c; p= 0.042 a>c; p= 0.000
	71 a 81 anos (b)	24	60.42	16.716			
	82 a 92 anos (c)	16	45.31	23.500			
AVD/ AIVD	60 a 70 anos (a)	15	56.94	30.938	5.776	0.005	a>b; p=0.018 a>c; p= 0.007
	71 a 81 anos (b)	24	32.55	27.583			
	82 a 92 anos (c)	16	27.08	18.415			
Mobilidade	60 a 70 anos (a)	15	68.17	27.263	7.360	0.002	a>c; p 0.001
	71 a 81 anos (b)	24	45.52	32.151			
	82 a 92 anos (c)	16	27.66	26.887			
Função da mão	60 a 70 anos (a)	15	50.67	32.671	3.187	0.050	
	71 a 81 anos (b)	24	30.42	32.165			
	82 a 92 anos (c)	16	24.38	25.617			
Participação	60 a 70 anos (a)	15	59.26	28.612	5.116	0.009	a>c; p= 0.007
	71 a 81 anos (b)	24	49.54	18.107			
	82 a 92 anos (c)	16	35.76	14.411			
Percepção da recuperação do AVC	60 a 70 anos (a)	15	65.33	23.563	2.983	0.059	
	71 a 81 anos (b)	24	48.33	24.257			
	82 a 92 anos (c)	16	48.13	20.726			

- **Rendimento mensal versus Impacto no estado de saúde**

Quanto à influência da variável *rendimento mensal*, os resultados das análises de variância revelam (cf. Tabela 28) que em todos os domínios do QIAVC ocorrem diferenças significativas entre as médias obtidas por grupos de indivíduos com rendimento mensal diferenciado. A realização de testes post-hoc de Tukey revelou, para todos os domínios, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos dos sujeitos em análise, apresentando-se os resultados, genericamente, a favor do grupo de indivíduos com rendimento mensal mais elevado. Observa-se, pois, como já referenciado, que as diferenciações encontradas vão a favor dos grupos de indivíduos que auferem rendimentos mais elevados, ou seja, quanto maior é o rendimento mensal menor é a percepção do impacto do AVC no estado de saúde dos mesmos, que se manifesta por uma maior força nos membros afectados, maior a capacidade de memorizar e raciocinar, menores alterações de humor associadas a maior capacidade de controlar emoções, menores dificuldades na sua capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais da vida diária, melhor capacidade em se moverem em casa e fora dela, melhor capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC. Em suma, a menor percepção do Impacto do AVC no estado de saúde dos indivíduos, manifestas por um melhor score em todos os domínios que compõem o QIAVC.

Ou seja, são os indivíduos com rendimentos mais elevados que obtêm melhores scores em cada domínio da escala. Destacamos o grupo de indivíduos que auferem rendimentos superiores a 1485€. No entanto, não foram detectadas diferenças entre este grupo e o grupo de indivíduos cujos rendimentos mensais se situam entre os 1000€ e 1485€.

**Tabela 28:** Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: *rendimento versus Impacto do AVC na saúde*

Domínios do QIAVC	Rendimento mensal	N	$\bar{x}$	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Força	Rendimento < 485€ (a)	23	41.30	28.749	7.085	0.000	c>a; p= 0.002 c>b; p= 0.041 d>a; p= 0.012
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	52.08	25.259			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	81.25	17.678			
	Rendimento >1485€ (d)	3	91.67	14.434			
Memória	Rendimento < 485€ (a)	23	40.90	21.505	7.999	0.000	b>a; p= 0.034 c>a; p= 0.003 d>a; p= 0.003
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	60.12	25.730			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	75.00	18.222			
	Rendimento >1485€ (d)	3	91.67	14.434			
Emoção	Rendimento < 485€ (a)	23	53.74	6.887	3.257	0.029	d>a; p=0.034
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	55.03	7.006			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	59.03	9.594			
	Rendimento >1485€ (d)	3	66.67	9.623			
Comunicação	Rendimento < 485€ (a)	23	48.60	18.329	9.218	0.000	b>a; p= 0.022 c>a; p= 0.008 d>a; p= 0.000 d>b; p= 0.028
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	65.82	22.320			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	75.00	13.633			
	Rendimento >1485€ (d)	3	100.0	0.000			
AVD/AIVD	Rendimento < 485€ (a)	23	22.64	17.056	12.286	0.000	c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.048 d>a; p= 0.000 d>b; p= 0.002
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	37.10	25.648			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	61.98	27.990			
	Rendimento >1485€ (d)	3	90.97	15.637			
Mobilidade	Rendimento < 485€ (a)	23	29.67	26.093	9.813	0.000	c>a; p= 0.001 c>b; p= 0.047 d>a; p= 0.001 d>b; p= 0.019
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	46.43	30.172			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	76.25	21.958			
	Rendimento >1485€ (d)	3	96.67	5.774			
Função da mão	Rendimento < 485€ (a)	23	22.17	25.263	7.623	0.000	c>a; p= 0.024 d>a; p= 0.001 d>b; p= 0.004
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	31.19	29.236			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	55.00	29.520			
	Rendimento >1485€ (d)	3	91.67	14.434			
Participação	Rendimento < 485€ (a)	23	39.61	16.608	9.361	0.000	c>a; p= 0.013 d>a; p= 0.000 d>b; p= 0.001
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	45.50	21.036			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	63.54	15.744			
	Rendimento >1485€ (d)	3	91.67	14.434			
Percepção da recuperação do AVC	Rendimento < 485€ (a)	23	42.61	17.377	8.856	0.000	c>a; p= 0.001 c>b; p= 0.024 d>a; p= 0.002 d>b; p= 0.012
	485€<rendimento<1000€ (b)	21	50.48	25.392			
	1000€<rendimento<1485€ (c)	8	75.00	10.690			
	Rendimento >1485€ (d)	3	90.00	0.000			

- **Coabitação versus Impacto do AVC no estado de saúde**

No respeitante à influência da variável *coabitação*, os resultados das análises de variância revelam (cf. Tabela 29) que em todas as dimensões do QIAVC ocorrem diferenças significativas entre as médias obtidas por grupos de indivíduos a coabitarem de acordo com os tipos de coabitação previstos. A realização de testes post-hoc de Tukey revelou, para

todos os domínios, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos dos sujeitos em análise, apresentando-se os resultados, genericamente, a favor do grupo de indivíduos que coabitam com o conjugue ou companheiro (a).

O que significa que são os sujeitos que coabitam com o conjugue/ companheiro (a) que genericamente obtêm melhores scores em todos os domínios do QIAVC. No entanto, destacamos os resultados fornecidos pelos procedimentos ANOVA nos domínios: *AVD/AIVD* ( $F= 10.489$ ;  $p= 0.000$ ); *mobilidade* ( $F= 9.113$ ;  $p= 0.000$ ); *participação* ( $F= 12.322$ ;  $p= 0.000$ ) e *percepção de recuperação do AVC* ( $F= 9.827$ ;  $p= 0.000$ ), cujos efeitos assinalados são altamente significativos. Assim podemos inferir que os indivíduos que coabitam com o companheiro (a) / conjugue tem menor percepção do Impacto do AVC no estado de Saúde em comparação com os outros grupos, que se manifesta por uma maior força nos membros afectados, maior a capacidade de memorizar e raciocinar, menores alterações de humor associadas a maior capacidade de controlar emoções, menores dificuldades na sua capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais da vida diária, melhor capacidade em se moverem em casa e fora dela, melhor capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC.

**Tabela 29:** Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey:  
*coabitação versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Domínios do QIAVC	Co-habitação	N	$\bar{x}$	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Força	Com cônjuge (a)	14	78.57	19.414	6.001	0.001	a>b; P=0.035 a>c; p= 0.001
	Com os filhos (b)	7	44.64	30.497			
	Com família alargada (c)	5	60.00	22.361			
	Outros: Residentes (d)	29	43.32	28.344			
Memória	Com cônjuge (a)	14	75.89	20.231	6.962	0.001	a>d; p= 0.000
	Com os filhos (b)	7	61.61	27.876			
	Com família alargada (c)	5	66.88	35.808			
	Outros: Residentes (d)	29	43.10	20.853			
Emoção	Com cônjuge (a)	14	61.11	9.245	3.532	0.021	a>d; p= 0.011
	Com os filhos (b)	7	55.16	9.272			
	Com família alargada (c)	5	55.56	7.857			
	Outros: Residentes (d)	29	53.26	5.802			
Comunicação	Com cônjuge (a)	14	76.28	19.033	3.946	0.013	a>d; p= 0.009
	Com os filhos (b)	7	62.76	25.073			
	Com família alargada (c)	5	70.00	36.211			
	Outros: Residentes (d)	29	53.20	18.542			
AVD/AIVD	Com cônjuge (a)	14	65.33	26.825	10.489	0.000	a>b; p= 0.014 a>d; p= 0.000
	Com os filhos (b)	7	31.55	33.321			
	Com família alargada (c)	5	47.08	26.087			
	Outros: Residentes (d)	29	24.07	17.387			
Mobilidade	Com cônjuge (a)	14	78.21	19.351	9.113	0.000	a>b; p= 0.003 a>d; p= 0.000
	Com os filhos (b)	7	32.14	35.515			
	Com família alargada (c)	5	50.50	27.636			
	Outros: Residentes (d)	29	33.97	28.106			
Função da mão	Com cônjuge (a)	14	59.29	27.023	5.461	0.002	a>d; p= 0.001
	Com os filhos (b)	7	26.43	36.936			
	Com família alargada (c)	5	41.00	20.433			
	Outros: Residentes (d)	29	22.76	27.986			
Participação	Com cônjuge (a)	14	72.02	19.956	12.322	0.000	a>b; p= 0.004 a>c; p= 0.040 a>d; p= 0.000
	Com os filhos (b)	7	43.25	23.066			
	Com família alargada (c)	5	47.22	9.001			
	Outros: Residentes (d)	29	38.03	15.414			
Percepção da recuperação do AVC	Com cônjuge (a)	14	76.43	16.458	9.827	0.000	a>b; p= 0.017 a>d; p= 0.000
	Com os filhos (b)	7	48.57	20.354			
	Com família alargada (c)	5	56.00	13.416			
	Outros: Residentes (d)	29	42.07	21.444			

- **Tipo de AVC versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Quanto à influência da variável *tipo de AVC*, os resultados das análises da variância (cf. Tabela 30) revelam que em todos os domínios da escala ocorrem diferenças altamente significativas ( $p= 0.000$ ) excepto no domínio da comunicação, cujas diferenças são bastante

significativas ( $F= 8.194$ ;  $p= 0.001$ ). A realização dos testes de Post-Hoc de Tukey revelou a existência generalizada de diferenças estatisticamente significativas entre grupos com distintos tipos de AVC.

Observa-se que genericamente, as diferenças encontradas vão a favor dos indivíduos vítimas de AIT. Ou seja, os melhores scores obtidos em todos os domínios do QIAVC foram obtidos no grupo dos indivíduos que sofreram AIT.

Estes resultados sugerem, que na generalidade, são os indivíduos vítimas de AIT que tem mais força nos membros afectados, mais capacidade de memorizar e raciocinar, menos alterações de humor associadas a uma maior capacidade de controlar as emoções, menos dificuldade na capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais de vida diária, maior capacidade de se moverem em casa e fora dela, maior capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais e familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e por último uma melhor percepção de recuperação do AVC.

Salientamos o facto que no tratamento estatístico apenas incluímos os indivíduos que conseguiram identificar o tipo de AVC que sofreram. Por conseguinte os 6 indivíduos (10.6% da amostra) que responderam à questão “*Não sabe*” não foram incluídos.

**Tabela 30:** Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey: *tipo de AVC versus e Impacto do AVC no estado de saúde*

Domínios do QIAVC	Tipo de AVC	N	$\bar{x}$	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Força	Isquêmico (a)	27	37.96	23.826	<b>26.862</b>	<b>0.000</b>	b>a; p= 0.001 c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.011
	Hemorrágico (b)	13	66.83	19.329			
	AIT (c)	9	94.44	11.024			
Memória	Isquêmico (a)	27	50.58	21.213	<b>10.104</b>	<b>0.000</b>	c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.002 c>d; p= 0.001
	Hemorrágico (b)	13	51.44	29.691			
	AIT (c)	9	88.54	13.622			
Emoção	Isquêmico (a)	27	54.32	6.034	<b>16.642</b>	<b>0.000</b>	c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.001
	Hemorrágico (b)	13	53.42	6.017			
	AIT (c)	9	67.28	7.187			
Comunicação	Isquêmico (a)	27	58.20	18.737	<b>8.194</b>	<b>0.001</b>	c>a; p= 0.001 c>b; p= 0.002
	Hemorrágico (b)	13	55.22	25.655			
	AIT (c)	9	87.30	15.164			
AVD/AIVD	Isquêmico (a)	27	22.99	14.194	<b>49.700</b>	<b>0.000</b>	b>a; p= 0.001 c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.000
	Hemorrágico (b)	13	45.35	21.553			
	AIT (c)	9	86.11	15.095			
Mobilidade	Isquêmico (a)	27	34.17	23.707	<b>20.473</b>	<b>0.000</b>	b>a; p= 0.03 c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.002
	Hemorrágico (b)	13	55.38	29.348			
	AIT (c)	9	92.22	11.689			
Função da mão	Isquêmico (a)	27	19.63	19.111	<b>30.954</b>	<b>0.000</b>	b>a; p= 0.002 c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.001
	Hemorrágico (b)	13	45.38	26.651			
	AIT (c)	9	82.22	17.159			
Participação	Isquêmico (a)	27	39.51	13.939	<b>26.697</b>	<b>0.000</b>	c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.000 c>d; p= 0.000
	Hemorrágico (b)	13	50.21	19.657			
	AIT (c)	9	82.72	12.090			
Percepção da recuperação do AVC	Isquêmico (a)	27	44.81	19.684	<b>14.384</b>	<b>0.000</b>	c>a; p= 0.000 c>b; p= 0.000
	Hemorrágico (b)	13	50.77	25.318			
	AIT (c)	9	85.56	7.265			

- **Zona cerebral atingida versus Impacto do AVC no estado de saúde**

As análises da variância pelo procedimento ANOVA (cf. Tabela 31) identificam diferenças entre as médias dos grupos organizados pela zona cerebral atingida e o Impacto do AVC no estado de saúde nos domínios da *memória* (F= 7.533; p= 0.002) e da *comunicação* (F= 8.534; p= 0.001), revelando-se estas diferenças bastante significativas. Menos significativas mas com expressão estão a diferenças identificadas no domínio *participação* (F= 3.734; p= 0.032). Os testes Post-Hoc de Tukey, identificaram que nos domínios supracitados, são os indivíduos com o hemisfério cerebral esquerdo atingido, que detêm na generalidade melhores scores.

Salvaguardamos que no domínio da *comunicação* foram registadas diferenças significativas entre os indivíduos com o hemisfério direito atingido (M= 60.05) e o grupo de indivíduos com o tronco cerebral/ cerebelo atingido (M= 32.86; tukey= 0.016).

Os dados obtidos permitem-nos afirmar que são os indivíduos com o hemisfério esquerdo afectado, que possuem maior capacidade em memorizar e raciocinar; menos dificuldade na capacidade em comunicar e compreender e melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida. Salvaguardamos também que são os indivíduos com o hemisfério direito atingido que detêm melhor score no domínio da *comunicação* que os indivíduos com o tronco cerebral/ cerebelo atingido (p= 0.016).

Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas nos restantes domínios. Realçamos que não fizeram parte da análise estatística os 9 indivíduos (16.4%) que responderam à questão “*não sabe*”.

**Tabela 31:** Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey: zona cerebral atingida versus Impacto do AVC no estado de saúde

Domínios do QIAVC	Zona cerebral atingida	N	$\bar{x}$	Dp	F	P	Teste Post-Hoc
Força	Hemisfério direito (a)	27	48.61	24.779	1.783	0.180	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	52.23	38.730			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	75.00	0.000			
Memória	Hemisfério direito (a)	27	50.69	24.794	7.533	0.002	b>a; p=0.011 b>c; p= 0.004
	Hemisfério esquerdo (b)	14	73.88	17.404			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	32.50	26.937			
Emoção	Hemisfério direito (a)	27	54.73	7.053	1.147	0.327	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	57.34	9.348			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	51.67	3.727			
Comunicação	Hemisfério direito (a)	27	60.05	21.452	8.534	0.001	a>c; p= 0.016 b>c; p= 0.001
	Hemisfério esquerdo (b)	14	73.98	13.394			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	32.86	20.423			
AVD/AIVD	Hemisfério direito (a)	27	31.94	21.511	1.495	0.236	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	45.54	36.415			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	27.92	3.160			
Mobilidade	Hemisfério direito (a)	27	44.35	29.110	0.474	0.626	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	51.07	36.712			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	36.00	23.558			
Função da mão	Hemisfério direito (a)	27	28.89	27.642	0.351	0.706	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	35.00	36.268			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	39.00	20.433			
Participação	Hemisfério direito (a)	27	42.59	15.713	3.734	0.032	b>a; p= 0.039
	Hemisfério esquerdo (b)	14	57.94	24.698			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	38.89	7.082			
Percepção de recuperação do AVC	Hemisfério direito (a)	27	50.37	20.283	1.673	0.200	
	Hemisfério esquerdo (b)	14	57.86	28.603			
	Trc. Cerebral/ cerebelo (c)	5	36.00	20.736			

•

- **Tempo decorrido versus Impacto do AVC no estado de saúde**

As análises de variância (cf. Tabela 32), realizadas para avaliar se existem diferenças significativas entre médias dos resultados em cada domínio do QIAVC com o tempo decorrido após o AVC, revelam efeitos significativos nos valores referentes aos domínios: *força* (F= 3.239; p= 0.047) e *percepção de recuperação do AVC* (F= 4.730; p= 0.013).

O teste de Tukey mostra diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos indivíduos que sofreram AVC entre 1 a 2 anos (M= 68.75) e os indivíduos que sofreram o AVC à mais de 2 anos (M= 46.79; p= 0.041) no domínio *força*. Este dado sugere que são os indivíduos que sofreram o AVC entre 1 a 2 anos que tem mais força nos membros afectados que os indivíduos cujo AVC surgiu à mais de 2 anos.

Para o domínio *percepção de recuperação do AVC*, verificamos que situação semelhante, onde constatamos que são indivíduos cujo AVC surgiu entre 1 a 2 anos (M= 66.67) que tem melhor percepção da recuperação do AVC, que os indivíduos cujo AVC surgiu à mais de 2 anos (M= 46.00; Tukey= 0.022).

Não obtivemos efeitos significativos nos restantes domínios.

**Tabela 32:** Resultados ANOVA e do teste Post-Hoc de Tukey entre: *tempo decorrido após AVC versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Domínios do QIAVC	Tempo decorrido após AVC	N	$\bar{x}$	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Força	À menos de 1 ano (a)	5	60.00	28.504	3.239	0.047	b>c; p= 0.041
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	68.75	28.835			
	À mais de 2 anos(c)	35	46.79	28.374			
Memória	À menos de 1 ano (a)	5	57.50	41.845	0.632	0.536	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	62.29	29.915			
	À mais de 2 anos(c)	35	53.04	23.020			
Emoção	À menos de 1 ano (a)	5	57.78	12.012	2.490	0.93	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	59.07	10.041			
	À mais de 2 anos(c)	35	53.97	5.728			
Comunicação	À menos de 1 ano (a)	5	60.71	40.010	0.324	0.725	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	65.95	25.820			
	À mais de 2 anos(c)	35	60.20	19.313			
AVD/AIVD	À menos de 1 ano (a)	5	50.42	40.676	2.749	0.073	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	48.75	33.793			
	À mais de 2 anos(c)	35	31.01	22.471			
Mobilidade	À menos de 1 ano (a)	5	55.50	39.346	1.459	0.242	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	56.67	32.986			
	À mais de 2 anos(c)	35	40.86	31.283			
Função da mão	À menos de 1 ano (a)	5	47.00	40.094	2.280	0.112	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	45.67	32.780			
	À mais de 2 anos(c)	35	27.43	29.038			
Participação	À menos de 1 ano (a)	5	51.67	29.371	2.434	0.098	
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	57.96	21.564			
	À mais de 2 anos(c)	35	43.49	20.467			
Percepção de recuperação do AVC	À menos de 1 ano (a)	5	60.00	20.000	4.730	0.013	b>d; p= 0.022
	Entre 1 a 2 anos (b)	15	66.67	21.602			
	À mais de 2 anos(c)	35	46.00	23.035			

- **Tipo de deficit versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Em relação à influência da variável tipo de deficit (cf. Tabela 33), não foram encontradas significâncias estatísticas que nos permitam inferir relações entre as variáveis. Contudo podemos verificar pela análise das médias que os indivíduos com deficit motor e sensitivo pontuam melhor que os indivíduos com deficit apenas motor.

No entanto à que referir que os indivíduos com deficit sensitivo não figuram na presente análise dada a sua deficitária representação amostral (4.2%) que corresponde a 1 indivíduo do sexo masculino, constituindo valores marginais.

**Tabela 33:** Resultados do Teste t de Student: *tipo de deficit que surgiu versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Domínios do QIAVC	Tipo de deficit que surgiu	N	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
Força	Deficit motor	35	52.50	31.221	0.447	0.507	-0.230	0.819
	Deficit motor e sensitivo	18	54.51	28.099				
Memória	Deficit motor	35	51.52	24.020	0.175	0.677	-1.972	0.054
	Deficit motor e sensitivo	18	66.15	28.445				
Emoção	Deficit motor	35	55.56	6.427	5.135	0.028	-0.224	0.824
	Deficit motor e sensitivo	18	56.17	10.718				
Comunicação	Deficit motor	35	59.29	20.846	0.703	0.406	-1.722	0.091
	Deficit motor e sensitivo	18	70.24	23.942				
AVD/ AIVD	Deficit motor	35	36.25	26.479	1.332	0.254	-0.599	0.552
	Deficit motor e sensitivo	18	41.32	33.980				
Mobilidade	Deficit motor	35	44.29	31.504	0.689	0.410	-0.757	0.453
	Deficit motor e sensitivo	18	51.53	35.811				
Função da mão	Deficit motor	35	32.00	29.734	0.854	0.360	-0.529	0.599
	Deficit motor e sensitivo	18	36.94	36.628				
Participação	Deficit motor	35	48.25	21.124	0.155	0.695	-0.078	0.939
	Deficit motor e sensitivo	18	48.77	25.516				
Percepção de Recuperação do AVC	Deficit motor	35	52.57	23.558	0.102	0.751	-0.689	0.494
	Deficit motor e sensitivo	18	57.22	22.702				

- **Necessidade de realiza um Programa de reabilitação versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Em relação à influência da variável *Programa de Reabilitação*, o teste t de Student (cf. tabela 34) permite observar que são os sujeitos que não necessitaram de um *programa de reabilitação* a pontuar significativamente diferente e melhor que os sujeitos que necessitaram de um *programa de reabilitação* nos seguintes domínios: *força* ( $t = -3.201$ ;  $p = 0.002$ ); *AVD/AIVD*

( $t = -2.719$ ;  $p = 0.010$ ) *função da mão* ( $t = -3.475$ ;  $p = 0.001$ ) *emoção* ( $t = -2.133$ ;  $p = 0.041$ ) e *mobilidade* ( $t = -2.164$ ;  $p = 0.035$ ).

Mais especificamente, podemos concluir que são os indivíduos que não necessitaram de um *programa de reabilitação* que possuem mais força nos membros afectados; menos dificuldade no desempenho das actividades básicas e instrumentais de vida diária; mais capacidade em usar a mão afectada; menos alterações de humor associadas a maior capacidade de controlar as emoções e maior capacidade em se moverem em casa e fora dela.

**Tabela 34:** Resultados do Teste t de Student: *Programa de reabilitação versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Domínios do QIAVC	Reabilitação	N	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p																																																																																																			
Força	Sim	32	43.95	23.944	2.562	0.115	-3.201	<b>0.002</b>																																																																																																			
	Não	23	67.93	31.662					Memória	Sim	32	55.57	23.703	4.652	0.036	-0.124	0.902	Não	23	56.52	30.920	Emoção	Sim	32	53.65	4.961	11.168	0.002	-2.133	<b>0.041</b>	Não	23	58.57	10.255	Comunicação	Sim	32	61.83	22.024	1.249	0.269	0.005	0.996	Não	23	61.80	24.987	AVD/ AIVD	Sim	32	28.65	20.454	15.456	0.000	-2.719	<b>0.010</b>	Não	23	50.09	33.613	Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>	Não	23	57.39	36.130	Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783
Memória	Sim	32	55.57	23.703	4.652	0.036	-0.124	0.902																																																																																																			
	Não	23	56.52	30.920					Emoção	Sim	32	53.65	4.961	11.168	0.002	-2.133	<b>0.041</b>	Não	23	58.57	10.255	Comunicação	Sim	32	61.83	22.024	1.249	0.269	0.005	0.996	Não	23	61.80	24.987	AVD/ AIVD	Sim	32	28.65	20.454	15.456	0.000	-2.719	<b>0.010</b>	Não	23	50.09	33.613	Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>	Não	23	57.39	36.130	Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368								
Emoção	Sim	32	53.65	4.961	11.168	0.002	-2.133	<b>0.041</b>																																																																																																			
	Não	23	58.57	10.255					Comunicação	Sim	32	61.83	22.024	1.249	0.269	0.005	0.996	Não	23	61.80	24.987	AVD/ AIVD	Sim	32	28.65	20.454	15.456	0.000	-2.719	<b>0.010</b>	Não	23	50.09	33.613	Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>	Não	23	57.39	36.130	Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																					
Comunicação	Sim	32	61.83	22.024	1.249	0.269	0.005	0.996																																																																																																			
	Não	23	61.80	24.987					AVD/ AIVD	Sim	32	28.65	20.454	15.456	0.000	-2.719	<b>0.010</b>	Não	23	50.09	33.613	Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>	Não	23	57.39	36.130	Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																																		
AVD/ AIVD	Sim	32	28.65	20.454	15.456	0.000	-2.719	<b>0.010</b>																																																																																																			
	Não	23	50.09	33.613					Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>	Não	23	57.39	36.130	Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																																															
Mobilidade	Sim	32	38.67	28.034	2.353	0.131	-2.164	<b>0.035</b>																																																																																																			
	Não	23	57.39	36.130					Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>	Não	23	51.09	35.161	Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																																																												
Função da mão	Sim	32	22.03	22.749	7.220	0.010	-3.475	<b>0.001</b>																																																																																																			
	Não	23	51.09	35.161					Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104	Não	23	54.47	27.913	Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																																																																									
Participação	Sim	32	43.66	15.828	11.365	0.001	-1.673	0.104																																																																																																			
	Não	23	54.47	27.913					Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080	Não	23	59.57	26.368																																																																																						
Recuperação do AVC	Sim	32	48.13	21.166	2.159	0.148	-1.783	0.080																																																																																																			
	Não	23	59.57	26.368																																																																																																							

- **Número de sessões realizadas versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Para estudar a associação entre o número de sessões efectuadas e o Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, realizámos correlações de Pearson (cf. Tabela 35). Os dados

revelam a existência de três associações moderadas; no domínio das AVD/ AIVDI ( $r = -0.425$ ;  $p = 0.015$ ); no domínio *mobilidade* ( $r = -0.486$ ;  $p = 0.005$ ) e no domínio *recuperação do AVC* ( $r = -0.461$ ;  $p = 0.008$ ). Uma análise mais detalhada indica que nestes domínios quanto maior for o número de sessões de reabilitação efectuadas pior são os scores nos domínios apresentados. Isto é, menor é a capacidade de desempenhar actividades diárias, menor é a capacidade de se mover em casa e fora dela e menor é a percepção de recuperação do AVC.

Na verdade, parece haver aqui uma contradição, pois parece haver aqui um efeito negativo das sessões de reabilitação realizadas nos scores. O leitor pode eventualmente concluir que o número de sessões não favorece os melhores scores. Este assunto será analisado no capítulo – Discussão de resultados.

**Tabela 35:** Resultados da Correlação de Pearson: *número de sessões efectuadas versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Número de sessões de reabilitação	r	p
Força	-0.281	0.119
Memória	-0.032	0.860
Emoção	0.107	0.561
Comunicação	-0.130	0.480
AVD/ AIVD	<b>-0.425</b>	<b>0.015</b>
Mobilidade	<b>-0.486</b>	<b>0.005</b>
Função da mão	-0.340	0.057
Participação	-0.222	0.221
Recuperação do AVC	<b>-0.461</b>	<b>0.008</b>

- **Funcionalidade familiar versus Impacto do AVC no estado de saúde**

Por meio das correlações de Pearson (cf. Tabela 36) verificamos que existem associações positivas, cujo nível de associação varia entre “*associação baixa*” nos domínios: AVD/ AIVD ( $r = 0.399$ ;  $p = 0.003$ ), *mobilidade* ( $r = 0.335$ ;  $p = 0.013$ ), *função da mão* ( $r = 0.291$ ;  $p = 0.031$ ) e “*associação moderada*” nos domínios: *memória* ( $r = 0.476$ ;  $p = 0.000$ ) e *comunicação* ( $r = 0.618$ ;  $p = 0.000$ ). As diferenças revelaram-se significativas nos domínios: *mobilidade* ( $r = 0.335$ ;  $p = 0.013$ ), *função da mão* ( $r = 0.291$ ;  $p = 0.031$ ); bastante significativos nos domínios: (AVD/ AIVD ( $r = 0.399$ ;  $p = 0.003$ ) e altamente significativas nos domínios: *memória* ( $r = 0.476$ ;  $p = 0.000$ ) e *comunicação* ( $r = 0.618$ ;  $p = 0.000$ ).

Estas associações significativas indicam que quanto melhor for o score familiar melhor o score registado em cada domínio do QIAVC. Ou seja, 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 actividades diárias; melhor é a capacidade de se mover em casa e fora dela; melhor é a capacidade em participar em actividades profissionais familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC.

**Tabela 36:** Resultados da Correlação de Pearson: *Funcionalidade familiar versus Impacto do AVC no estado de saúde*

Score APGAR Familiar	r	p
Força	0.106	0.439
Memória	<b>0.476</b>	<b>0.000</b>
Emoção	0.246	0.070
Comunicação	<b>0.618</b>	<b>0.000</b>
AVD/ AIVD	<b>0.399</b>	<b>0.003</b>
Mobilidade	<b>0.335</b>	<b>0.013</b>
Função da mão	<b>0.291</b>	<b>0.031</b>
Participação	<b>0.412</b>	<b>0.002</b>
Percepção de recuperação do AVC	<b>0.304</b>	<b>0.024</b>

#### 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior analisámos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado.

Neste sentido, Fortin (2003) refere que a interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspectos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões e implicações que deles sucedem; sendo assim, esta é uma etapa delicada e exigente, que obriga o investigador a ter um pensamento crítico. Reflectiremos, nesta fase, sobre as características da amostra (sociodemográficas, clínicas, contexto familiar, impacto do AVC face ao estado de saúde pós-AVC no indivíduo), e seguidamente sobre as correlações entre variáveis com valores estatisticamente significativos, que resultaram da aplicação dos testes estatísticos (análise inferencial). Faremos também a discussão e análise dos resultados obtidos, comparando-os com investigadores anteriores.

- **DETERMINANTES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DO IMPACTO DO AVC NO ESTADO DE SAÚDE**

A nossa amostra foi constituída por 55 indivíduos, vítimas de AVC maioritariamente do sexo feminino (56.4%). No que respeita à variável idade, esta oscilou entre os 60 e os 92 anos. Sendo o grupo etário dos 71 aos 81 anos o mais representativo, constituindo 43.6% da amostra. A maioria vive de rendimentos inferiores a 485€ líquidos mensais (41.8%).

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos institucionalizados em IPSSs (56.3%) e no que toca a contexto da crença religiosa a maioria é católica (96.4%).

Analisando particularmente à luz do estado actual das investigações no âmbito, podemos fazer algumas constatações. Sabe-se hoje que o AVC é uma patologia comum no sexo masculino ( Apperlos, Stegmayer & Terént, 2009), o que não foi constatado no nosso estudo (devendo-se eventualmente a uma deficiente cobertura amostral, que por sua vez poderá dever-se à técnica de amostragem seleccionada). No entanto a literatura é unânime ao afirmar que o AVC é primariamente uma doença característica da idade avançada (Humprhey, Gibson & Jones, 2010), facto que viemos a constatar pelos dados recolhidos, em

relação ao grupo etário predominante que é o grupo dos 71 aos 81 anos. Outros estudos admitem mesmo que a idade média de sofrer um AVC., nas mulheres é aos 75 anos, superior quando comparada com a idade média de AVC nos homens (70 anos) (Feigin, Lawes, Bennett, Zorowitz e Anderson, 2009), dado que o nosso estudo corrobora pois a idade média em que ocorreu nas mulheres é superior ( $\bar{x}= 78.55$ ) à dos homens ( $\bar{x}= 74.96$ ).

Verificámos que os rendimentos médios mensais são inferiores a 485€. Isto pode ser explicado pelas profissões que desempenharam quando activos e pelas baixas qualificações em termos de habilitações literárias. Estes dados foram encontrados num estudo semelhante levado a cabo, em que se pretendia caracterizar os doentes sob o ponto de vista sócio-demográfico entre outros aspectos, no Centro de Saúde da Alfândega da Fé, e concluiu que os indivíduos vítimas de AVC são na generalidade indivíduos pouco escolarizados, pertencendo a baixos estatutos sócio-profissionais (Gomes, 2012).

O facto de encontrarmos uma elevada percentagem de indivíduos reformados parece prender-se, no essencial, com o cúmulo idade. Verificamos também (como já foi dito) que a maioria dos inquiridos está institucionalizada em IPSSs (56.3%). Este dado pode ser explicado não só pela idade mas também pelo deficit resultante e conseqüente dependência.

- **Análise dos dados inferenciais relativos às variáveis de contexto sociodemográfico**

Pudemos constatar que foi o sexo masculino que obteve melhores scores em todos os domínios do QIAVC. Este facto é também suportado por diversos autores ( Zalihic et al, 2010; Gray et al, 2007; Lai et al, 2005 cit in Sousa, 2011). Este dado pode estar associado a factores como a idade, a fraca condição física antes do AVC e o estado depressivo após o mesmo (Zalihic et al 2010 cit in Sousa 2011). Lai et al (2010) citado pela mesma autora, vai mais longe e refere que as diferenças entre géneros possam residir na adaptação de padrões e de novas estratégias de *coping* para cada um dos géneros.

A bibliografia escasseia para fundamentar estas constatações. No entanto, a nossa experiência profissional no âmbito da Saúde Comunitária, permite-nos afirmar que são os indivíduos do sexo masculino que possuem uma atitude e comportamentos menos negativistas face à doença que o sexo feminino. Julgo que é um dado importante, pois permite encarar a doença com mais ânimo e de forma positiva.

Do ponto de vista da idade, verificamos que são os indivíduos mais novos que obtêm melhores scores em todos os domínios. Isto sugere que estes indivíduos têm mais

capacidades e menos dificuldades percebidas nos domínios que compõem o QIAVC. Empiricamente sabemos que as capacidades se vão deteriorando ao longo do tempo. As nossas funções motoras, cognitivas, emocionais e relacionais vão se perdendo ao longo do tempo. Mais ainda com o surgir de uma patologia com implicações claras nestes domínios.

Na verdade, a função normal dos sistemas vai ficando deteriorada ao longo do tempo com a idade e com a presença de uma doença (Garber et al, 2010)

Do ponto de vista dos rendimentos mensais, verificamos que são os indivíduos com melhores rendimentos que produzem melhores resultados em todos os domínios do QIAVC. Este facto pode ser explicado pelo facto destes indivíduos possuírem mais recursos financeiros que lhes permite ter acesso a determinado tipo de cuidados, equipamentos sociais ou outros recursos que lhes permite minimizar o Impacto da doença no seu estado de saúde. Num estudo sobre “as determinantes socioeconómicas do estado de saúde individual das crianças no Brasil Rural” que o rendimento é tido como uma medida importante e determinante, sendo mesmo um transmissor intergeracional de desigualdade social (Reis & Crespo, 2009 cit in Santos, Tejada E Ewerling , sem data).

No que se refere à coabitação, verificamos que é quem vive com o conjugue ou companheiro (a) que detém melhores scores nos domínios do QIAVC. Este dado vai de encontro ao que diz Andrade (2008) ao afirmar que “as sequelas motoras fizeram com que o companheiro ficasse mais em casa, o que, talvez, venha a favorecer o desencadeamento de um outro movimento de relação conjugal permitindo uma outra abordagem no confronto da doença”. A este respeito Gomes (2012) afirma que “os laços familiares são reforçados”. Parece haver qui uma dinâmica muito própria e favorável ao indivíduo vítima de AVC em comparação com outros que convivem ou coabitam com outro tipo de indivíduos, sejam outros residentes em IPSSs, seja com os filhos ou com família alargada.

- **DETERMINANTES DE CONTEXTO CLÍNICO DO IMPACTO DO AVC NO ESTADO DE SAÚDE**

No que se refere às variáveis de contexto clínico podemos constatar que 49.1% da nossa amostra sofreu um AVC isquémico, 23.6% sofreu AVC hemorrágico e 16.4% um AIT. A literatura parece ser concordante ao afirmar que o mais prevalente é o AVC isquémico (Moncayo, Gaete & Bousslavsky , 2002) facto constatado no nosso estudo.

O nosso estudo mostra também que o hemisfério direito constitui o território cerebral mais atingido pela patologia (49.1%), seguindo-se os indivíduos com o hemisfério cerebral esquerdo atingido (25.5%) e por fim surgem os indivíduos cuja região do tronco cerebral/cerebelo foi atingida pelo AVC (9.1%). no entanto os estudos pesquisados não referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade, mas sim às síndromes neurológicas relacionadas com territórios cerebrais responsáveis por funções importantes.

A maioria da amostra afirma que o AVC ocorreu à mais de 2 anos (63.6%) e afirma também que desenvolveu deficit motor (63.6%). A corroborar os dados obtidos está Gusmão e Teles (2012) quando diz que "...é a disfunção motora prevalente nos casos de sequela de AVC", pelo que a maioria refere ter-se sujeito a um programa de reabilitação (58.2%).

- **Análise dos dados inferenciais relativos às variáveis de contexto clínico**

Concluimos que foram os indivíduos que sofreram AIT que apuraram melhores resultados em todos os domínios do QIAV. Este facto pode ser explicado pela fisiopatologia transitória que é característica desta variante. Na verdade o AIT tem um deficit neurológico de curta duração e recuperação espontânea, sem sinais residuais (Umphred, 2010)

Quanto à zona cerebral atingida, verificamos que os melhores scores do QIAVC foram verificados nos indivíduos cujo hemisfério cerebral atingido foi o esquerdo. Estes scores foram identificados nos domínios: *memória, comunicação e participação*. Ou seja, são os indivíduos cujo hemisfério cerebral atingido é o esquerdo, que melhor capacidade de memorizar e raciocinar; menor dificuldade na capacidade em comunicar e compreender e melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida.

Contudo, os estudos por nós pesquisados, não se referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade, mas sim às síndromes neurológicas relacionadas com a localização da lesão a nível vascular; desta forma, através da compreensão da anatomia vascular cerebral, podem-se detectar consequentemente os défices apresentados pelo doente. Chenke e Nosse (1990) cit in Ventura, (1999) consideram que os vasos maioritariamente afectados no AVC são: a artéria cerebral média e a carótida interna, constituindo estes o principal a porte sanguíneo aos hemisférios.

Constatamos também, que são os indivíduos com deficit motor e sensitivo que apresentam melhor capacidade em memorizar e raciocinar em comparação com os

indivíduos que apenas têm deficit motor. Neste aspecto a escassez de bibliografia impede de analisar os resultados. Contudo, a associação de ambos os deficits sugerem uma maior dependência de terceiros em que estes acabam por substituir o próprio nalgumas tarefas, que parecem ser relevantes no domínio da memória e raciocínio, facto que poderá explicar esta associação.

Do ponto de vista da necessidade de executar um Programa de Reabilitação, verificámos que os melhores scores do QIAVC, são obtidos pelos indivíduos que não tiveram necessidade de realizar um Programa de Reabilitação. Este dado sugere que os indivíduos que o realizaram não obtiveram respostas favoráveis no QIAVC. Este facto pode ser explicado devido à morosidade da execução do Programa de Reabilitação em obter resultados favoráveis. Podemos complementar este dado pela percentagem de indivíduos que afirmaram que não realizaram programa de reabilitação por não haver necessidade (45.7%) e porque não foram informados (41.7%). Achamos que estes últimos não foram informados precisamente por se encontrar implícita a não necessidade de o realizar. Contudo parece-nos que esta análise carece de mais fundamentação, pois resta saber a opinião dos que recuperaram efectivamente com o Programa de Reabilitação.

Pela análise dos dados relativos ao número de sessões de reabilitação, verificamos que os indivíduos que mais beneficiam são aqueles que menos sessões fizeram. Mas se analisarmos cuidadosamente os dados, podemos indagar que os que menos sessões fizeram poderão ser os que mais rápido recuperaram (explicando o número reduzido de sessões). Os outros indivíduos sujeitos ao maior número de sessões de reabilitação estão sujeitos a outros factores que podem influir na obtenção de resultados, nomeadamente: níveis de ansiedade relacionados com a morosidade do processo ou até mesmo falta de resultados positivos o que pode levar à desistência do programa de reabilitação. Contudo esta conclusão carece de complementação.

- **DETERMINANTES DE CONTEXTO FAMILIAR DO IMPACTO DO AVC NO ESTADO DE SAÚDE**

Verificamos que pertencem à nossa amostra maioritariamente indivíduos provenientes de famílias altamente funcionais (63.6%), seguindo-se alguns indivíduos que provêm de famílias com disfunção leve (34.5%) e por último 1 indivíduo que provém de uma família com disfunção severa.

- **Análise dos dados inferenciais relativos às variáveis de contexto clínico**

Verificamos que quanto mais funcional for a família do indivíduo vítima de AVC melhor são os scores obtidos no QIAVC. Particularmente, nos domínios: *memória, comunicação, AVD/AIVD, mobilidade, função da mão, participação e percepção de recuperação do AVC*.

Ou seja, quanto mais funcional for a família, melhor é a capacidade de memorizar e raciocinar; menor é a dificuldade na capacidade em comunicar e compreender; menor é a dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais de vida diária; maior é a capacidade em se mover em casa e fora dela; maior é a capacidade em usar a mão que foi afectada; maior é a capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor é a percepção de recuperação do AVC. Em suma, quanto mais funcional for a família do indivíduo vítima de AVC menor é o Impacto do AVC no estado de saúde desse Indivíduo.

Este dado sugere que a família desempenha um papel crucial como determinante no Impacto da doença no estado de saúde. É curioso como a funcionalidade familiar se revelou uma variável potenciadora dos melhores scores nos domínios do QIAVC.

As alterações resultantes após AVC, despoletam uma reestruturação familiar, que pode ocasionar alterações na dinâmica e rotina familiar.

Contudo este processo de adaptação, pode por um lado quando há uma boa relação entre família e indivíduo dependente, conduzir a uma maior intimidade, confiança e respeito. Por outro lado, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando-se assim o cuidado inadequado e penoso (Fernandes et al., 2009 cit in Gonçalves, 2010).

A mesma autora, num estudo sobre dinâmicas familiares em idosos dependentes, sugere mesmo que as famílias altamente funcionais são sugestivas de revelar maior capacidade de adaptação a novas situações e possíveis mudanças de papéis. Sugere ainda - no estudo em causa - que muito provavelmente são famílias predominantemente afectuosas, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, mas com limites e fronteiras claros que podem propiciar a manutenção de estados de saúde favoráveis. (Gonçalves, 2010).

Contudo, devemos ter presente que a escala de APGAR familiar avalia a percepção individual dos valores da família como um recurso psicossocial e como constatamos, com influencia significativa no Impacto do AVC no estado de saúde do Indivíduo em diversos domínios. Vários são os autores que corroboram esta afirmação defendendo que a percepção

do indivíduo da eficácia e da qualidade da funcionalidade familiar influenciará significativamente o estado de saúde do indivíduo (Gonçalves, 2010) outros afirmam que as interações familiares, a coesão e organização no seio familiar e um adequado apoio familiar interferem na Qualidade de Vida (André e tal, 2005; Martins, Albuquerque e tal 2006; Madureira e tal, 2007, cit in Andrade & Martins 2011).

## 5 - CONCLUSÕES

Apos a discussão dos resultados, procuramos agora reflectir sobre eventuais limitações do nosso estudo. Pretendemos dar enfoque nas principais conclusões. No final deste capítulo realizamos uma reflexão sobre as implicações práticas onde sugerimos algumas medidas que pensamos ser oportunas e ajustadas ao perfil do indivíduo vítima de AVC.

### LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Como em todos os estudos científicos, existem alguns factores que condicionam ou limitam o processo de investigação pelo que importa reflectir sobre esses aspectos e se de alguma forma podem ter interferido nos resultados.

Apesar do esforço desenvolvido, na análise das principais variáveis determinantes no Impacto do AVC no estado de saúde no indivíduo, para a construção do instrumento de colheita de dados, certamente muitos outros aspectos desempenham um papel importante em todo o processo.

Eventualmente variáveis de contexto pessoal como a personalidade do indivíduo vítima de AVC, variáveis relacionadas com o cuidado informal ou mesmo variáveis relacionadas com a acessibilidade aos cuidados de saúde numa lógica de proximidade, parecem ser importantes para a compreensão mais aprofundada desta problemática.

Temos noção do risco, mas era nossa preocupação a boa adesão do entrevistado ao instrumento.

Em relação a amostra houve preocupação em reunir o maior número de elementos possível e que estes fossem representativos de toda a população. O tipo de amostragem utilizado, talvez não abone a favor das generalizações de resultados, sobretudo se os resultados não forem muito significativos estatisticamente. Por outro lado, houve dificuldade em cumprir o carácter "conveniente" deste tipo de amostragem, pois muitos candidatos não tinham a patologia diagnosticada convenientemente ou não sabiam ou então diziam "*...O médico que me atendeu disse-me que sim (sofri)! Mas já fui a médicos que disseram que não é nada disto! Dizem que estou a ficar velho!*". Estes factos acabam por levantar outro tipo

de considerações e até algumas interrogações mesmo do ponto de vista investigativo. Sabemos hoje, (como já foi descrito) que o AVC é comum em idades mais avançadas. Mas também sabemos que as doenças neuro degenerativas também o são e com sintomatologia muitas vezes sobreponível. Reside a questão: AVC versus doenças neuro degenerativas .

A este respeito surge um estudo que relaciona a doença de Alzheimer com o AVC., afirma o autor do estudo que o AVC explica as doenças degenerativas (especificamente a doença de Alzheimer) no futuro (Hachinski, 2012). Deste modo parece haver outras variáveis clínicas que podem suscitar algumas interrogações e eventualmente fragilizar a interpretação dos resultados deste estudo.

Por outro lado, do ponto de vista da aplicação do Instrumento de Colheita de dados, julgamos que foi a melhor forma de obter a informação pretendida para além da facilidade de ministrá-lo. Todavia, este método está dependente da motivação do sujeito, honestidade memória e capacidade de resposta. Neste sentido, o viés do investigador o viés do investigador constitui uma possibilidade, que não se pode afastar completamente, de influenciar alguns resultados.

Não obstante, uma das maiores preocupações tidas em conta, desde o início da conceptualização da investigação, foi desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico com a maior isenção possível. Julgamos que as limitações são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra pelo que não retiramos qualquer valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que procurássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados.

## ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

No início deste trabalho, tentamos abordar a temática do AVC mostrando a relevância que o tema sugere não só na comunidade científica mas também na comunidade em geral dada a sua prevalência e consequências.

Tentamos mostrar o AVC enquanto patologia associada à idade, numa perspectiva de articulação da mesma com a problemática do envelhecimento populacional.

Por outro lado, tendo consciência das repercussões das sequelas nas dinâmicas sociais, familiares e biológicas do indivíduo vítima do AVC, achamos pertinente incluir no estudo o tema da família enquanto suporte, parceiro e elemento pró-activo ou dinamizador de práticas facilitadoras que conduzam à manutenção da Qualidade de Vida do indivíduo ou

quicá à recuperação do indivíduo. Pretendemos sobretudo, articular vários conceitos que possam explicar o Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo ou influência dos mesmos neste mesmo impacto.

No segundo capítulo, debruçámo-nos sobre a metodologia adoptada para dar resposta aos nossos objectivos, fizemos a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação.

No terceiro capítulo apresentámos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização: do indivíduo vítima de AVC, do ponto de vista sociodemográfico, clínico, funcionalidade familiar e de Impacto do AVC no estado de saúde. É importante referir que achamos importante que a medida de Impacto avaliasse determinados domínios com alguma representação na dependência do indivíduo vítima de AVC. Deste modo, foi usado QIAVC que mede o impacto em diversos domínios como: força, memória, emoção, comunicação, AVD/ AIVD, mobilidade, função da mão, participação e percepção de recuperação do AVC.

Desta feita e após os dados recolhidos, realizamos o tratamento estatístico inferencial referentes às variáveis em estudo e à sua correlação e/ ou influência sobre a nossa variável dependente - Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo.

No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, que visam dar resposta aos objectivos traçados no início do nosso estudo. Assim, tomando em consideração a ordem dos objectivos gerais da presente investigação, chegamos às seguintes conclusões:

1. A nossa amostra foi constituída por 55 indivíduos de ambos os sexos que do ponto de vista da caracterização sociodemográfica são maioritariamente:
  - idosos ( $\bar{x} = 76.64$  anos),
  - casados (43.6%)
  - Com níveis de escolaridade baixos (1º ciclo do ensino básico - 4ª classe) 43.6%
  - Reformados (96.4%)
  - Com baixos rendimentos mensais (41.8%)
  - Residentes em lares/ IPSSs (56.3%), tendo como conviventes outros residentes (52.7%)
  - Católicos (96.4%) e praticantes ( $\bar{x} = 5.05$ )
  - Residentes em moradias sem escadas (56.4%)

2. Do ponto de vista da caracterização clínica a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos:

- Vítimas de AVC Isquémico (49.1%)
- Cujo Hemisfério cerebral direito foi atingido (49.1%)
- Cujo AVC decorreu à mais de 2 anos
- Com HTA como antecedente clínico predominante (56.4%)
- Com deficit motor predominante (65.5%)
- Dependente de terceiros (78.2%)
- Que necessitaram de Reabilitação (58.2%)

3. Do ponto de vista da expressão do Impacto do AVC no estado de saúde dos indivíduos não podemos dissociar-la das restantes variáveis independentes. Assim concluímos que:

- O Género é determinante na percepção do Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, sendo os homens, os sujeitos com maior capacidade de memorizar e raciocinar, menores alterações de humor associadas a maior capacidade de controlar emoções, menores dificuldades na sua capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais da vida diária, melhor capacidade em se moverem em casa e fora dela, melhor capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais, familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC.
- A idade também se revelou uma determinante na percepção do Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo na medida em que são os indivíduos mais jovens que tem menor percepção do Impacto do AVC no seu estado de saúde.
- O rendimento mensal, revelou-se também um determinante na percepção do Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo. O presente estudo sugere que são os indivíduos mais “ricos” que menor percepção tem do Impacto do AVC no seu estado de saúde em todos os domínios avaliados.
- Verificamos que são os indivíduos que vivem apenas com o seu companheiro ou conjugue que tem na sua generalidade, menor percepção do impacto do AVC no seu estado de saúde em todos os domínios avaliados.

- Verificamos que constitui determinante no Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, o tipo de AVC. Assim, constatamos que na generalidade o AIT parece “favorecer” os scores do QIAVC em todos os seus domínios. Ou seja, são os indivíduos que sofreram AIT que tem mais força nos membros afectados, mais capacidade de memorizar e raciocinar, menos alterações de humor associadas a uma maior capacidade de controlar as emoções, menos dificuldade na capacidade em comunicar e compreender, menos dificuldade no desempenho de actividades básicas e instrumentais de vida diária, maior capacidade de se moverem em casa e fora dela, maior capacidade em usar a mão que foi afectada, melhor capacidade em participar em actividades profissionais e familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e por último uma melhor percepção de recuperação do AVC.
  - Não com muita significância, mas com alguma representação, está a zona cerebral atingida. Esta determinante sugere que o hemisfério direito atingido favorece melhores respostas no domínio da *memória*. No entanto nada se pode concluir no que se refere aos restantes domínios.
4. A funcionalidade familiar, surge aqui inequivocamente como uma determinante fundamental. Como já foi dito, constatamos que quanto mais funcional for a família menor é a percepção do Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo, sobretudo nos domínios: *memória, comunicação, AVD7AIVD, mobilidade, função da mão, participação e percepção de recuperação do AVC*.

Em suma, destacamos como determinantes no Impacto do AVC no estado de saúde do indivíduo com expressão na maioria dos domínios : *o género, a idade, o rendimento mensal, a coabitação, o tipo de AVC e a funcionalidade familiar*.

## IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A implementação de medidas baseadas na evidência, tende a reduzir custos económicos e humanos originados pela ocorrência de AVC. No entanto, apesar dos grandes esforços nesta matéria estarem voltados para o tratamento na fase aguda e para a reabilitação física após AVC, uma estratégia mais simples afigura-se indispensável para reduzir a mortalidade

e deficiência geradas pelo mesmo: implementação de medidas de prevenção, reduzindo a incidência do AVC (Humphrey, Gibson & Jones, 2010).

Do ponto de vista do meu perfil enquanto prestador de cuidados e enfermeiro a exercer actividade no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e com competências acrescidas no domínio da Enfermagem de Reabilitação, devo constituir tanto elemento facilitador de dinâmicas que reduzam o aparecimento da doença cerebrovascular, como profissional com o *know how* necessário para reduzir o impacto da doença no estado de saúde do indivíduo.

Do ponto de vista do meu trabalho diário, este está muito condicionado pela proximidade e contacto com as famílias e o indivíduo. Este estudo pretende demonstrar sobretudo o papel que a família desempenha não só como apoio ao indivíduo dependente, mas também como factor que condiciona especificamente a percepção do Impacto do AVC no estado de saúde.

Por outro lado, pretende-se dar relevância à família do ponto de vista de constituir um meio de intervenção no indivíduo dependente.

Assistimos, na última década, a um protagonismo crescente da “família” nos estudos, intervenções e políticas de saúde. A problemática da intervenção na família, sendo um objecto privilegiado de investigação em saúde, afirma-se como uma estratégia prioritária de assistência à comunidade, como aliás reconheceu recentemente a OMS.

Urge portanto congregar esforços e estratégias de coordenar meios e modelos de intervenção, onde se possa incluir a família como elemento integrante no processo assistencial.

Aliás, a intervenção de enfermagem relacionada com estas preocupações será tanto ou mais eficaz quanto maior for a focalização familiar. Determinar a capacidade de participação da família no processo de reabilitação é uma componente crítica dos modelos de reabilitação centrados na família (Hoeman, 2000).

Importa referir também que a reabilitação tem uma tendência crescente para ser prestada no domicílio. A reabilitação no domicílio e próximos da família e restante comunidade promove a autonomia, independência e a reintegração do indivíduo na comunidade (Portnow et al, 1991; Preston, 1990 cit in Hoeman , 2000). A mesma autora sugere ainda a perspectiva económica deste tipo de abordagem.

Vários estudos sustentam a tese que os indivíduos são mais felizes em casa, estão mais motivados e têm maior aptidão para progredir, em menos tempo, para estádios funcionais superiores (Portnow et al, 1991 cit in Hoeman. 2000).

Não gostaria de terminar este trabalho sem deixar uma pequena nota. Enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação a exercer actividade no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e responsável pela Unidade Coordenadora das doenças cardiovasculares no concelho do Sabugal e interessado também na área de intervenção junto das famílias numa lógica da prática de Enfermagem na Comunidade, tenho concluído que todo este trabalho em torno do Impacto do AVC e família não se reduz apenas à constatação de factos ou levantamento de dados. Trata-se mais do que isto. Constitui de certa forma um modo de designar territórios de conhecimento que têm como consequência a transformação da própria disciplina de enfermagem e da forma como a profissão se pode tornar ainda mais significativa para as famílias e para as pessoas. Deste modo, este trabalho trata-se também de um desafio para a realização de investigações futuras neste domínio.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade M., O., (2008). *O impacto psicossocial das sequelas motoras decorrentes do Acidente Vascular Cerebral no indivíduo em fase produtiva e as suas repercussões na família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, apresentada à Banca examinadora da Universidade Católica de Pernambuco não publicada, Universidade de Pernambuco, Recife.

Andrade, A. I. N. P. A., Martins, R. M. L., (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, (40), 185-199.

Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado em Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde Trabalho apresentada à Universidade do Minho não publicada. Instituto de Educação e Psicologia. Braga.

Appellos, P., B. Stegmayr B. e Terént A. (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. In *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 40:1082-1090. Dallas. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (s.d.). *Diabetes*. Acedido em 1, maio, 2009, em <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>

Bochi, S. C. M., & Angelo, M (2005). Interação Cuidador Familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Temas Livres – Ciencia e Saúde colectiva*, 10 (3): 729-738.

Braunwald, E., Faucci, A., Kasper, D., S., Hauser, S., L., Longo, D., L., Jameson, J., L., (2002). Acidente Vascular Encefálico. *Harrison - Manual de Medicina Interna* (pp. 142-147). Rio de Janeiro : McGraw-hill 15ª edição.

Buss, P. M., (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5(1): 163-177.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T., (2010). Qualidade de Vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Edição Instituto Politécnico de Lisboa. ISSN: 1645 – 7943 acedido em Abril 2012 em <http://hdl.handle.net/10400.21/770>

Cardoso, C., Kristensen C., Carvalho J.; Gindri G., Fonseca R., (2012) . Tomada de decisão no IGT: Estudo de caso pós-AVC de hemisfério direito versus esquerdo. *Psico-USF*, v.17, n. 1, p. 11-20 Jan/ Abr. 2012

Cardoso, T., Fonseca T. e Costa M. (2003). Acidente Vascular Cerebral No Adulto Jovem. *Acta Médica Portuguesa*. 16:239-244.

Carvalhido, T., Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 140-150.

Ciccarelli, P. R., (2007). Novas configurações familiares: mitos e verdades. *Jornal de Psicanálise*, 40 (72), 89-102.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão beta 2*. Lisboa IGIF.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). *Recomendações clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa.

Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida Pós-AVC – resultados de uma intervenção social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública especialização em Epidemiologia apresentada à Universidade do Porto não publicada, Universidade do Porto, Porto.

Costa, I. M. F. (2008). *A Qualidade de Vida de Pacientes sobreviventes de Acidente Vascular Encefálico*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente apresentada à Universidade Tiradentes, Universidade de Tiradentes, Aracajú.

Costa, R. J. D. (2009). *Factores Predictores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC*. Dissertação de Doutoramento em Tecnologias da saúde, apresentada à Universidade de Aveiro não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

D'hainaut, L. (1992). *Conceitos e métodos da estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Emiliano, S. L. C., (2008). *Prespectiva(s) sobre a Escola Promotora de Saúde: Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentada à Universidade de Lisboa não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Feigin V. L., Lawes C. M. M., Bennett D. A., Zorowitz R. D. e Anderson C. S. (2009). Epidemiology of Stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.

Ferreira, F. S. & Santos, C. B. (2009). Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipa de saúde da família. *Revista de Enfermagem UERJ*, 17(3), 406-410.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores 1ª edição.

Fortin, M. F., (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e científicas, Lda. 3ª edição

Gomes, M. J. A. R. (2012). *Vidas após um Acidente Vascular Cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia apresentada à Universidade do Minho não publicada, Universidade do Minho – acesso ao resumo em: <http://hdl.handle.net/1822/21005>

Gonçalves, R. L. (2010). *Famílias de Idosos da Quarta Idade: Dinâmicas familiares*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar não publicada, Universidade do Porto.

Goncalves, R. S., Gil, J. N., Cavalheiro, L. M., Costa, R. D., Ferreira, P. L. (2012). Reliability and validity of the Portuguese version of the Stroke Impact Scale 2.0 (SIS 2.0). *Qual Life Res* 21: 691-696. doi: 10.1007/s11136-011-9977-5

Gusmão, C., Teles, M. S. (2012). Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de FuglMeyer. *Rev Neurocienc*, 20 (1): 42 - 49

Hoeman, S. P. (2000) . Modelos teóricos para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (pp.25). Loures. Lusociência, 2ª Edição.

Humphrey, 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.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994*. 2ª Edição. Lisboa

Instituto Nacional de Estatística - destaque do INE - informação à comunicação social (censos 2011 - momento censitário 21 de março 2011). Acedido em Abril 2012 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2)

Kurth, T., Kase, C. S. (2006). *Atlas de Factores de Risco Cardiovascular* (Vol. 3), (pp. 334). Algés: Euromédice- Edições Médicas, LDA.

Leal, F. L. B. G., (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem em Neurologia* (pp. 131-132). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde Lda.

Lemos, M. (1922). A. N. Ribeiro Sanches (Ed. rev.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Marôco, J., (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber, 5ª edição.

Moncayo-Gaete, J. e Bogousslavsky, J. (2002). Prognosis After Stroke: Stroke Recurrence and Other Outcome Events. In *Long-Term Effects of Sroke*. Bogousslavsky, J. (editor). New York. Basel. Marcel Dekker, Inc.. ISBN: 0-8247-4597-3.

Mota, J. F., Nicolato, R., (2008). Qualidade de Vida em sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral – Instrumentos de avaliação e seus resultados. *Jornal Brasileiro da Psiquiatria*, 57 (2) : 148-156.

Neurology Reviews. *Could preventing stroke protect against Alzheimer's disease?* Acedido em Novembro 2012 em:

<http://www.neurologyreviews.com/Article.aspx?ArticleId=OBJV2jsnKlA=&FullText=1>

Organização Mundial de Saúde (2006). *Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Acedido em Maio de 2012 em <http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre. ARTMED editora S.A.

Pereira, S., Coelho, F., Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral, hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187-192.

Pestana M. H., Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Silabo, Lda. 3ª edição.

Pestana M. H., Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Silabo, Lda. 5ª edição.

Pinto, J. M. S., Gonzalez, J. R., Arenillas, J. I. C., Nogueras, A. M. M., Gomez, F. P. G. (2010). Qualidade de Vida relacionada à saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. 16(4),543-557.

Pinzon S. M. e Furie K. L. (2009). Secondary Prevention of Ischemic Stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al. (editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.

Portal de Codificação dos GDH. Acedido em Março de 2012 em [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal)

Ribeiro, C., (2007). Família, Saúde e doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (23), 299-306.

Sá, Maria José (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciência da Saúde – Edições Universidade Fernando Pessoa*. ISSN – 1646-0480. Acedido em Abril 2012 em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19\\_FCS\\_06\\_-2.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf)

Santos, A. M. A.; Tejada, C. A. O.; Ewerling, F. (sem data): *Os Determinantes socioeconómicos do estado de saúde individual das crianças no Brasil Rural* (trabalho não publicado, carece de outras referências). Acessível em:

[http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim1\\_mesa5\\_os\\_determinantes\\_socioeconomicos\\_estado\\_saude\\_individual\\_crianças\\_brasil\\_rural.pdf](http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim1_mesa5_os_determinantes_socioeconomicos_estado_saude_individual_crianças_brasil_rural.pdf)

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2),580-588.

Silva, E. M. Religião diversidade e valores culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. *Revista de Estudos da Religião – REVER*. Acedido em Fevereiro de 2012 em [http://www.pucsp.br/rever/rv2\\_2004/t\\_silva.htm](http://www.pucsp.br/rever/rv2_2004/t_silva.htm)

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (s.d). *Tipos de AVC*. Acedido em Maio de 2012, em <http://www.spavc.org/engine.php?cat=44>

Sousa, M., B., M.; (2011). *Avaliação da Qualidade de vida em doentes com AVC*. Anuscripto não publicado. Universidade Fernando Pessoa FCS/ ESS. Porto

Umphred, D., A., (2007). Hemiplegia. *Reabilitação Neurológica* (pp. 769-774). Rio de Janeiro : Mosby Elsevier.

Ventura, M. C. A. A. (1999). *Independência Funcional Em Doentes Com Acidente Vascular Cerebral Esquerdo Ou Direito (Recuperação Do Doente De Acordo Com O Hemisfério Afectado)*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociopsicologia da

Wiener, C., Harrison, T. R., Fauci, A. S., Braunwald, E., Bloomfield, G., Kasper, D. L., ... Loscalzo, J. (2008). *Harrison's principles of internal medicine, self-assessment and board review* (17<sup>a</sup> ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill

World Health Organization. (2009). *WHO Steps stroke manual*. Acedido em Janeiro de 2012 em <http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>



# ANEXO I

Instrumento de Colheita de Dados





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Unidade Científico Pedagógica:** Enfermagem de Reabilitação

**Investigador Principal:** Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

**Investigador Colaborador** Pedro José Neves Antunes

**Curso:** II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## IMPACTO DO AVC NA QUALIDADE DE VIDA

### ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Ao realizar este estudo pretendemos determinar o impacto do AVC na Qualidade de Vida da pessoa e avaliar quais as determinantes preponderantes para essa Qualidade de Vida.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Maio de 2012  
Pela Equipa de Investigação

**SECÇÃO I**  
**CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA**

**1 Sexo:**1  Masculino2  Feminino**2 Idade:** \_\_\_\_\_**3 Estado civil:**1  Casado2  Solteiro3  Viúvo4  Divorciado5  Outro \_\_\_\_\_**4 Habilitações literárias:**1  Não sabe ler nem escrever2  Sabe ler e escrever3  1º ciclo de ensino básico (4ª classe)4  2º ciclo do ensino básico (6º ano)5  3º ciclo do ensino básico (9º ano)6  Ensino secundário (12º ano)7  Bacharelato8  Licenciatura9  Mestrado/ Doutoramento**5. Situação laboral**1  Empregado/a (activo)2  Empregado/a (com baixa médica)3  Desempregado/a4  Reformado/a5  Doméstica**6. Profissão:** \_\_\_\_\_**7. Rendimento Mensal Actual**1  inferior a 485€ líquidos2  entre 485€ e 1000€ líquidos3  entre 1000€ e 1485€ líquidos4  superior a 1485€ líquidos**8. Onde vive:**1  Casa própria2  Casa dos filhos3  Lar/ IPSS4  Outro: \_\_\_\_\_**9. Com quem vive:**1  Sozinho (a)2  Com o cônjuge/ companheiro (a)3  Com os filhos4  Com família alargada5  Outro \_\_\_\_\_**10. Professa alguma religião?**1  Sim2  Não**10.1 SE SIM, qual?** \_\_\_\_\_**10.2 – Qual o grau de crença na sua religião? (marque o número com um círculo)**

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo
------	---	---	---	---	---	---	---	------------

**10.3 – Qual o grau que considera ser praticante? (marque o número com um círculo)**

Nada	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo
------	---	---	---	---	---	---	---	------------

**11. Condições habitacionais**

- 1  Moradia com escadas                      2  Moradia sem escadas  
 3  Apartamento com elevador            4  Apartamento sem elevador  
 5  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**SECÇÃO II  
 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA**

**1. Foi vítima de que tipo de AVC:**

- 1  Isquémico    2  Hemorrágico    3  AIT    4  não sabe

**2. Quando ocorreu o AVC**

- 1  à menos de 1 ano                      2  entre 1 e 2 anos  
 3  à mais de 2 anos

**3. Tinha antecedentes clínicos, tais como:**

- 1  Diabetes Mellitus    2  Hipertensão Arterial  
 3  Doença Cardíaca. Qual? \_\_\_\_\_                      4  não sabe

**3. Que zona do cérebro foi atingida:**

- 1  Hemisfério Direito                      2  Hemisfério Esquerdo  
 3  Tronco cerebral/ cerebelo    4  Outro \_\_\_\_\_  
 5  Não sabe

**4. Que tipo de deficit surgiu:**

- 1  Deficit motor                                      2  Deficit sensitivo                      3  Ambos  
 4  Outro. Especifique \_\_\_\_\_

**4.1 Por força deste deficit, encontra-se dependente de terceiros?**

- 1  Sim                      2  Não

**5. Teve necessidade de realizar algum tipo de terapia de Reabilitação?**

- 1  Sim                      2  Não

**5.1 se SIM, qual?** \_\_\_\_\_

**5.2 Quantas sessões?** \_\_\_\_\_

**5.3 Se SIM, quem realizou o Programa de Reabilitação?**

- 1  Enfermeiro de Reabilitação    2  Fisioterapeuta  
 3  outro. Especifique \_\_\_\_\_

**5.4 Se NÃO, Indique as razões**

- 1  Dispendioso                                      4  Difícil de cumprir  
 2  Inexistente em Portugal                      5  Outro motivo. Indique-o \_\_\_\_\_

3  Falta de pessoal qualificado

<b>SECÇÃO III</b> <b>FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA (ESCALA DE APGAR FAMILIAR)</b> (Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988)
---

ESCALA DE APGAR FAMILIAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
a. Está satisfeito(a) com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o(a) preocupa?			
b. Está satisfeito(a) como a sua família discute os assuntos?			
c. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
d. Está satisfeito(a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex.: amor, irritação, pesar)?			
e. Está satisfeito(a) com o tempo que passa com a sua família?			

**SECÇÃO IV**  
**QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**  
 (Versão portuguesa de Ferreira et.al., 2011)

Este questionário pretende avaliar o impacto que o acidente vascular cerebral teve na sua saúde e na sua vida. Pretendemos saber, segundo o **SEU PONTO DE VISTA**, de que forma o acidente cerebral o/a afectou. Vamos fazer-lhe perguntas sobre limitações causadas pelo acidente vascular cerebral que teve, bem como sobre a forma como o acidente vascular cerebral afectou a sua qualidade de vida. Finalmente, iremos pedir-lhe que avalie em que medida pensa que recuperou do seu acidente vascular cerebral

Estas perguntas são sobre os **PROBLEMAS FÍSICOS** que podem ter ocorrido como resultado do seu Acidente Vascular Cerebral

1. Na última semana, que força teve...	Muitíssima Força	Muita Força	Alguma Força	Pouca Força	Sem Força
a. No braço que foi <u>mais afectado</u> pelo seu acidente vascular cerebral?					
b. Ao apertar a mão que foi <u>mais afectada</u> pelo seu acidente vascular cerebral?					
c. Na perna que foi <u>mais afectada</u> pelo seu acidente vascular cerebral?					
d. No pé/ tornozelo que foi <u>mais afectado</u> pelo seu acidente vascular cerebral?					

Estas perguntas são sobre a sua **MEMÓRIA** e a sua **CAPACIDADE DE RACIOCINAR**

2. Na última semana, que dificuldade teve em...	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Muitíssima dificuldade
a. Lembrar-se de coisas que as pessoas lhe tivessem acabado de dizer?					
b. Lembrar-se de coisas que tivessem acontecido no dia anterior?					
c. Lembrar-se de fazer coisas (por ex. respeitar encontros marcados ou tomar remédios)?					
d. Lembrar do dia da semana?					
e. Somar e subtrair número?					
f. Concentrar-se?					
g. Pensar rapidamente?					
h. Resolver problemas do dia-a-dia?					

Estas perguntas são sobre como se sente sobre alterações de **HUMOR** e sobre a sua capacidade de **CONTROLAR EMOÇÕES** desde que teve o acidente vascular cerebral

<b>3. Na última semana, durante quanto tempo...</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Sempre</b>
a. Se sentiu triste?					
b. Se sentiu que não tem ninguém de quem se sinta próximo/a ?					
c. Se sentiu que é um peso para os outros?					
d. Sentiu que nada lhe interessa					
e. Se culpabilizou por erros ou acidentes por falta de jeito?					
f. Continuou a ter o mesmo prazer de sempre nas coisas?					
g. Se sentiu nervoso/a ?					
h. Sentiu que vale a pena viver a vida?					
i. Sorriu ou riu pelo menos uma vez por dia?					

As perguntas que se seguem são sobre as sua capacidade de **COMUNICAR** com outras pessoas, bem como a sua capacidade de **COMPREENDER** que lê e o que ouve numa conversa.

<b>4. Na ultima semana, que dificuldade teve em...</b>	<b>Nenhuma Dificuldade</b>	<b>Pouca Dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Muitíssima dificuldade</b>
a. Dizer o nome de alguém que estava à sua frente?					
b. Compreender o que lhe diziam numa conversa?					
c. Responder a perguntas?					
d. Dar os nomes correctos aos objectos?					
e. Participar numa conversa com um grupo de pessoas?					
f. Ter uma conversa ao telefone?					
g. Telefonar a outra pessoa, incluindo escolher e marcar o número correcto?					

As perguntas que se seguem são sobre as **ATIVIDADES** que eventualmente desempenha num dia normal

<b>5. Nas últimas 2 semanas, que dificuldade teve em...</b>	<b>Nenhuma Dificuldade</b>	<b>Pouca Dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Impossível</b>
a. Cortar a comida com faca e garfo?					
b. Vestir-se da cintura para cima?					
c. Lavar-se (tomar banho, chuveiro...)?					
d. Cortar as unhas dos pés?					
e. Chegar rapidamente à casa de banho?					
f. Controlar a bexiga (não ter acidentes)?					
g. Controlar os intestinos (não ter acidentes)?					
h. Desempenhar tarefas domésticas leves?					
i. Ir às compras?					
j. Utilizar dinheiro (por ex. contar o troco)?					
k. Tratar as suas finanças (por ex. pagar as contas do mês, gerir a conta do banco)?					
i. Desempenhar tarefas domésticas pesadas					

As perguntas que se seguem são sobre a sua capacidade de se **MOVER** em casa e fora de casa

<b>6. Nas últimas 2 semanas, que dificuldade teve em...</b>	<b>Nenhuma Dificuldade</b>	<b>Pouca Dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Impossível</b>
a. Estar sentado/a sem perder o equilíbrio?					
b. Estar de pé sem perder o equilíbrio?					
c. Andar sem perder o equilíbrio?					
d. Passar de uma cama para a cadeira?					
e. Levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos para se apoiar?					
f. Andar um quarteirão (cerca de 100 metros)?					
g. Andar depressa?					
h. Subir um lanço de escadas?					
i. Subir vários lanços de escadas?					
j. Entrar e sair de um carro?					

As perguntas que se seguem são sobre a sua capacidade de **USAR A MÃO QUE FOI MAIS AFECTADA** pelo acidente vascular cerebral

7. Nas últimas 2 semanas, que dificuldade teve em usar a mão que foi mais afectada pelo acidente vascular cerebral para...	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Impossível
a. Carregar objectos pesados?					
b. Rodar uma maçaneta de porta?					
c. Abrir uma lata ou um frasco?					
d. Atar os atacadores dos sapatos?					
e. Apanhar uma moeda pequena?					

As perguntas que se seguem são sobre a forma como o acidente vascular cerebral afectou a sua capacidade de participar nas actividades que geralmente desempenha, nas coisas que para si são importantes e que o/a ajudam a encontrar um **sentido na vida**

8. Nas ultimas 2 semanas, quanto tempo esteve limitado/a...	Nunca	Pouco Tempo	Algum Tempo	A maior Parte do	Sempre
a. No seu trabalho (remunerado, voluntário ou outro)?					
b. Nas suas actividades sociais?					
c. Em passatempos calmos?					
d. Em passatempos mais activos?					
e. No seu papel como membro da família e/ou amigo/a?					
f. Na sua participação em actividades espirituais ou religiosas?					
g. Na sua capacidade de mostrar os seus sentimentos a quem lhe está próximo?					
h. Na sua capacidade de controlar a sua vida como deseja?					
i. Na sua capacidade de ajudar os outros?					

### 9. Recuperação do Acidente Vascular Cerebral

Numa escala de 0 a 100, em que 100 representa a completa recuperação e 0 representa nenhuma recuperação, até que ponto recuperou do acidente vascular cerebral? Assinale.



**O preenchimento do questionário chegou ao fim.  
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.**

## ANEXO II

Autorizações para a colheita de dados





## Autorização

Eu, Carla Susana Lopes Clara tesoureira da instituição – Liga dos Amigos de Sortelha, Centro de Dia Manuel Gouveia – autorizo a colheita de dados para o relatório final subordinado ao tema “Determinantes da Qualidade de Vida da pessoa Pós AVC” sendo o responsável pela orientação da investigação o Professor Carlos Albuquerque do Instituto Politécnico de Viseu e investigador colaborador Pedro Antunes.

Sortelha, 24 de setembro de 2012

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Carla Clara", written over a horizontal line.

(Carla Clara)



## Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Soito

Rua do Robalbo

**6320-684 - SOITO**

Contribuinte N.º 501 725 660

Telef. 271 601 036 - Fax 271 605 572

E-mail: [scmsoito@sapo.pt](mailto:scmsoito@sapo.pt)

Autorizo a aplicação dos Questionários nos termos e para o efeito designados no Ofício circular nº 11

Santa Casa de Misericórdia do Soito

*Maria Antónia Pereira Dias*  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO SOITO  
6320 SOITO



**ASSOCIAÇÃO SOCIAL CULTURAL E DESPORTIVA DA REBOLOSA**  
6320 – 271 REBOLOSA

Exmo. Senhor:  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
Almeida, n.º 102

**3500-843 Viseu**

Sua referência:	Sua comunicação	Nossa referência	Rebolosa
Processo:		N.º 13/12 P.	12-06-2012

**ASSUNTO: Autorização de colheita de dados**

Certa da importância do estudo “Determinantes da Qualidade de Vida da Pessoa Pós AVC”, referido no Vosso ofício n.º 11 de 08/05/2012, venho por este meio autorizar a colheita de dados junto dos utentes que sofreram um acidente vascular cerebral, residentes nesta Instituição.

Sem outro assunto de momento,

Com os meus melhores cumprimentos,

A Directora Técnica

**ASSOCIAÇÃO SOCIAL CULTURAL  
& DESPORTIVA DA REBOLOSA**  
(Catarina Cortes)  
Rua da St.ª Catarina, Nº 2  
6320-271 REBOLOSA

ASSOCIAÇÃO CULTURAL, DESPORTIVA E HUMANITÁRIA DE POUZAFOLES DO BISPO

---

Exmo. Sr. Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
3500 -843 Viseu

**Assunto:** Autorização para efectuar colheita de dados.

Relativamente ao assunto supra mencionado, a Direcção da Associação Cultural, Desportiva e Humanitária de Pousafoles do Bispo vem por este meio autorizar a realização da colheita de dados/informação junto dos clientes que sofreram um AVC.

Sem outro assunto de momento, apresentando os melhores cumprimentos.



---

Rua da Fonte Velha nº 15  
Tel.: 271690000

6320-233 Pousafoles do Bispo  
Email : larpousafoles@sapo.pt

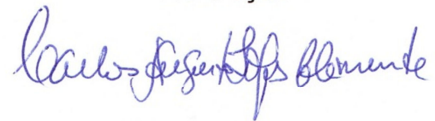
## Autorização

A Direção da Associação de Solidariedade Social de Malcata vem desta forma autorizar colheita de dados no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, pelos discentes do II Curso de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viseu, como forma de estes poderem desenvolver um estudo subordinado ao tema "Determinantes da Qualidade de Vida da pessoa Pós AVC".

Esta colheita de dados será realizada no período de 1 de Maio a 21 de Junho de 2012.

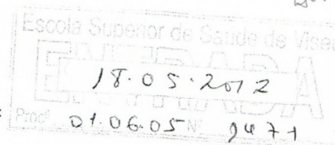
ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE  
SOCIAL DE MALCATA  
Cont. Nº 5 0 2 6 0 3 4 8 8  
Rua da Moita, nº 73 6320-181 MALCATA  
Telef. 271 615 331 Fax. 271 754 025

A Direção





Centro Social da Lageosa da Raia  
Lar Nossa Senhora das Neves



Escola Superior de Saúde da Viseu  
(dirigido ao Professor Carlos Albuquerque)  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 Viseu


**Assunto:** Autorização para efectuar colheita de dados

**Data:** 15 de Maio de 2012

Exmo. Sr.,

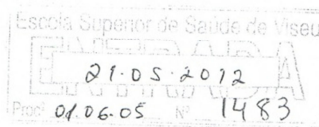
O Centro Social da Lageosa da Raia, situado na Avenida do Barreiro nº29, 6320-161 Lageosa da Raia, concelho do Sabugal, vem por este meio dar autorização para a realização da colheita de dados junto dos nossos utentes internados que sofreram um AVC na sequência do estudo “Determinantes da Qualidade de vida da pessoa pós AVC”. Neste momento, residem nas nossas instalações dois clientes nessa situação, encontrando-se uma senhora na incapacidade de falar na consequência de um AVC. Gostaríamos em seguida, de ter acesso aos resultados do estudo.

Cumprimentos,

Virginie F.   
Diretora Técnica



COMISSÃO DE MELHORAMENTOS DE FÓIOS  
IPSS-Instituição Particular de Solidariedade Social  
LARGO DAS EIRAS 6320-141 – FÓIOS  
Telef. 271 496 588; NIPC 501969349; E.mail: www.comimel.foios@sapo.pt



*Prof. Carlos Albuquerque*

Exmo. Senhor (a)  
Presidente da E.S.S.V.  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
3500-843 VISEU

Sua Ref. of. n.º 11      Data 08 /05/ 2012      N/Ref. 150/2012      Data: 16 /05 /2012

**Assunto: COLHEITA DE DADOS**

A Comissão de Melhoramentos de FÓIOS vem, por este meio, autorizar a realização da colheita de dados/informação nesta Instituição, a respeito do estudo por vós desenvolvido “Determinantes da qualidade de vida da pessoa pós A.V.C.”.

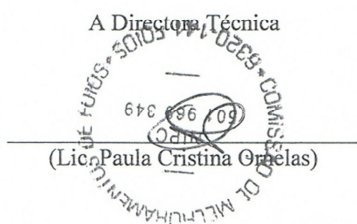
Sem outro assunto,

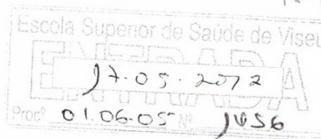
*[Handwritten signature]*  
21.5.2012  
↓

Fóios, 16 de Maio de 2012

A Directora Técnica

(Lic. Paula Cristina Ornelas)





Exmo Senhor

**Professor Doutor Carlos Pereira**

**Escola Superior de Saúde de Viseu**

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102  
3500 – 843 VISEU

**Assunto:** Pedido de Autorização para efetuar coheita de dados – V/ Of.Cir. n.º 11, de 08/05/2012 –  
Processo 70;

**Data:** 16/05/2012

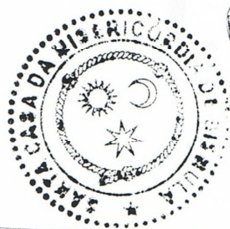
**Exmo Senhor,**

Na sequência do pedido que nos dirigiu, sobre o assunto em epígrafe, vimos pelo presente manifestar a N/ disponibilidade para prestar as informações que solicita. Numa primeira abordagem e de acordo com os critérios que constam no V/ ofício, contamos na presente data com cerca de seis residentes (duas mulheres e quatro homens entre os 60 e os 88 anos) que poderão preencher os requisitos para integrar a V/ amostra de estudo, variando no grau de dependência.

Cumpre-nos ainda informar que, apesar desta nossa manifestação ser positiva, será de respeitar a vontade expressa de cada um dos residentes quando vierem recolhar os dados.

Para qualquer futuro contato com esta Instituição: Raquel Nunes, Enfermeira; ou Susete Nobre, Ass.Social.

Com os melhores cumprimentos e sempre ao dispôr,



O Provedor

Jose Augusto Vaz



C.D.S.A.D. I.L.A.R. de St.ª Lúcia

Exm.º Sr.  
Presidente da Escola Superior de Saúde  
de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
Almeida, n.º 102  
3500-843 Viseu

Sua referência:

Vossa Referência: 07/2012

Data: 22/05/2012

Assunto: **Autorização para efectuar colheita de dados**

De acordo com o solicitado por V. Ex. no ofício circular n.º11 de 08 de Maio de 2012, vimos pelo presente ofício consentir a realização da colheita de dados/informação necessários para o desenvolvimento do estudo "Determinantes da Qualidade de Vida da Pessoa com AVC", esperando que o nosso contributo seja bastante produtivo para o referido estudo.

Gratos pela V. atenção,

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Técnica,

 Centro de Dia,  
Apoio Domiciliário  
I.L.A.R. de St.ª Lúcia  
(Filipa Lopes Rodrigues)  
Av. 6256-181 BENDADA Tel. 275 456 103

Av. da Casa do Povo, n.º 16 – 6250 – 181 Bendada  
Tel: 275 456 103 / Fax: 275 456 027  
E – mail: [casapovobendada@sapo.pt](mailto:casapovobendada@sapo.pt)

*Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates  
Lar e Centro de Dia Rainha Santa Isabel  
Largo das Eiras  
6320-081 Alfaiates*

**Assunto: Autorização do pedido para efectuar colheita de dados**

A Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates, Instituição Particular de Solidariedade Social, com sede em Alfaiates, com o NIPC 501331175 e registada sob o n.º 58/82 do livro I Série de 20/05/1983 das Associações de Solidariedade Social, autoriza a aplicação do questionário anexo, ao pedido enviado.

Alfaiates, 21 de Maio de 2012

Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates  
Lar e Centro de Dia  
Contribuinte N.º 501 351 175  
Tel. 271 647 111 • 6320-081 Alfaiates

  
\_\_\_\_\_  
p. (O Provedor)

\*\*\*\*\* scm-alfaiates@sapo.pt \*\*\*\*\* 271 647111 \*\*\*\*\*

**CASA DO POVO DE ALDEIA VELHA  
LAR DE IDOSOS**

Bairro das Eiras  
6320-069 Aldeia Velha SBG  
Telefone : 271.496.544  
Telemóvel: 927.376.369  
FAX : 271.491.202



Vossa Referência:  
Of. Circ.n.º 11 de 08/05/2012  
Processo: 70

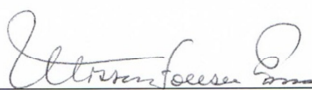
**Assunto: Autorização do pedido para efectuar colheitas de dados**

## AUTORIZAÇÃO

A Casa do Povo de Aldeia Velha, instituição de solidariedade social sem fins lucrativos, autoriza a aplicação do questionário anexo, ao pedido enviado.

Aldeia Velha, 16 de Maio de 2012



  
Ulisses da Fonseca Pires

Telefone: 271496544  
Telemóvel: 927376369  
Email: c.povoaldeiavelha@sapo.pt

1



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE NOSSA SENHORA DOS MILAGRES

**LAR DE SANTO ANTÃO**

Contribuinte N.º 501 540 970  
Avenida Dr. João António Nabais, 1  
Telefones 271 496 151 •  
Fax 271 491 173 • E-mail: larsantoantao@sapo.pt  
6320-021 ALDEIA DO BISPO SBG

**Assunto:** Autorização para efectuar colheita de dados.

Exmo. Senhor,

Na sequência do ofício n.º08/05/2012 pertencente ao processo n.º70 da Escola Superior de Viseu, vimos por este meio dar a conhecer que demos parecer positivo à recolha de informação junto dos utentes da nossa instituição que sofreram de AVC.

De referir que nesta instituição residem apenas dois utentes que preenchem o requisito referido no ofício acima identificado.

A instituição em colaboração com as famílias dos utentes em causa está ao vosso dispor, aguardando somente o vosso contacto.

Sem mais assunto de momento.

Cumprimentos

A Direcção

*Dr. Américo Real Barros*

Aldeia do Bispo, 08 Junho 2012



**ASSOCIAÇÃO AMIGOS DE ALDEIA DA PONTE  
CULTURA E BENEFICÊNCIA**

Lar de Santo Cristo

Exmos Senhores

Autorizo a realização de coleta de dados  
conforme vosso O Jeito Circular n.º 11 de  
08/05/2012

Com os melhores cumprimentos  
O Diretor Técnico





### **Autorização**

Aldeia de Santo António, 25 de Maio de 2012

A Liga dos Amigos de Aldeia de Santo António autoriza a utilização dos dados recolhidos para os devidos efeitos em Questionário relativo ao “Impacto do AVC na Qualidade de Vida”.



Rua da Liga - 6320-052 Aldeia de Santo António  
Tel./Fax: 271 754 295 - e-mail: liga.amigos@sapo.pt



**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Manuel Fernandes Tomás Simões, na qualidade de Presidente da Direção da Associação Social de S. Lázaro, pessoa colectiva com sede no Sítio da Lage Torta, 6320-592 Vila do Touro, com o N.I.F 503 104 906, autorizo para os devidos efeitos que V/ Ex<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Pedro realize a colheita de dados / informação, para o estudo subordinado ao tema “Determinantes da Qualidade de Vida da pessoa Pós AVC”, conforme consta do vosso ofício n.º of.circ.n.º11 com data de 8/05/2012.

Por ser verdade, se passou a presente Carta de Autorização, que vai ser assinada e autenticada com o carimbo em uso na Instituição

Vila do Touro, 17 de Maio de 2012



Manuel Fernandes Tomás Simões  
Presidente da Associação Social de São Lázaro de Vila do Touro