



Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Maria Augusta Gonçalves Alves Rua

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Instrumento de Colheita de Dados

Esclarecimento Prévio

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar a qualidade de vida do doente após Acidente Vascular Cerebral.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade, não existe 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, 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.

Viseu, Novembro de 2011
Pela Equipa de Investigação



SECÇÃO I

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Idade** _____ anos
2. **Sexo**
 - Masculino
 - Feminino
3. **Estado civil**
 - Solteiro (a)
 - Casado (a)
 - Viúvo (a)
 - Divorciado (a)
 - Outro. Qual? _____
4. **Zona de residência**
 - Urbana
 - Rural
5. **Habilitações literárias**
 - Não sabe ler nem escrever
 - Menos de 4 anos de escolaridade
 - 4 anos de escolaridade (4ª classe)
 - 4-6 anos de escolaridade
 - 7-9 anos de escolaridade
 - Curso superior
 - Outro. Qual? _____
6. **Situação laboral**
 - Empregado (a)
 - Activo (a)
 - Com baixa
 - Desempregado (a)
 - Reformado (a)
 - Doméstica



7. Condições habitacionais

- Moradia
 - Com escadas
 - Sem escadas
- Apartamento
 - Com elevador
 - Sem elevador
- Outro. Qual? _____

SECÇÃO II

| |
|---|
| CARATERIZAÇÃO CIRCUNSTANCIAL E CLÍNICA |
|---|

Data do AVC ____/____/____

Data da alta ____/____/____

1. Tipo de AVC

- Isquémico
- Hemorrágico
- Outro. Especificar _____

2. Tempo de internamento

- Até 7 dias
- De 7 a 14 dias
- Mais que 14 dias

3. Lado (local) da lesão

- Hemisfério direito
- Hemisfério esquerdo
- Tronco cerebral / cerebelo
- Outro _____



4. Fatores de risco

- Hipertensão arterial
- Diabetes Mellitus
- Doença cardíaca
- Hipercolesterolemia
- Tabagismo
- Etilismo
- Obesidade
- Outro (s). Qual (ais)? _____

5. Durante o internamento iniciou o programa de Reabilitação?

- Sim
- Não

5.1. Se a resposta foi Sim, por quem foi realizado o programa de Reabilitação?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Outro. Especifique _____

5.2. Se a resposta foi Sim, qual o número de sessões de reabilitação realizadas

6. Foi processado Ensino Formal de preparação para a alta?

- Não
- Sim.

Se sim, a quem foi dirigido:

- Ao doente
- Ao cuidador
- Ambos
- Outros. Quem? _____

6.1. Se a resposta foi Sim, quem planeou e realizou o ensino?

- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional



7. Após a alta continua o processo de Reabilitação?

Sim

Não

Se a resposta foi Sim, por quanto tempo? _____

SECÇÃO III

FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA (ESCALA DE APGAR FAMILIAR)

(Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988)

1. Está satisfeito(a) com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o(a) preocupa?

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

2. Está satisfeito(a) como a sua família discute os assuntos?

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

4. Está satisfeito(a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex.: amor, irritação, pesar)?

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

5. Está satisfeito(a) com o tempo que passa com a sua família?

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca



SECÇÃO IV

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL / ESCALA DE BARTHEL

(Sequeira, 2007)

Atividades de Vida Diária

Alimentar

- Independente (a comida é providenciada) (10)
- Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos, barrar a manteiga, etc.) (5)
- Totalmente dependente (0)

Higiene Pessoal

- Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos) (5)
- Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (0)

Urinar

- Contigente (10)
- Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas) (5)
- Incontigente ou cateterizado e incapacitado de cuidar da algália (0)

Evacuar

- Contigente (10)
- Acidente ocasional (uma vez por semana) (5)
- Incontigente (ou precisa que lhe façam um enema) (0)

Transferência (cama/cadeira e vice versa)

- Independente (15)
- Alguma ajuda (verbal ou física) (10)
- Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se (5)
- Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se (0)

Mobilidade/Deambulação

- Independente (alguns tem ajuda de uma bengala) (15)
- Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (10)
- Independente, em cadeira de rodas incluindo cantos, etc... (5)
- Imobilizado (0)



Ir à casa de banho

- Independente (10)
- Precisa de alguma ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho (5)
- Totalmente dependente (0)

Vestir

- Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) (10)
- Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (5)
- Totalmente dependente (0)

Tomar Banho

- Independente (5)
- Dependente, necessita de alguma ajuda (0)

Escadas

- Independente para subir ou descer (10)
- Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) (5)
- Incapaz (0)

SECÇÃO V

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A lista que se segue refere alguns problemas que as pessoas podem enfrentar no seu dia-a-dia. Leia cada item com atenção e coloque uma cruz no quadrado por baixo do **sim** se tiver esse problema, e do **não** se não tiver.

Se tiver dúvidas entre o sim e o não coloque a cruz na resposta que neste momento se aplicar ao seu caso. É importante que responda a todas as questões.



Escala Perfil de Saúde Nottingham
(Ferreira e Melo, 1999)

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Estou sempre cansado(a) | SIM | NÃO | | Tenho dificuldades em vestir-me | SIM | NÃO |
| Tenho dores durante a noite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Estou a ficar sem forças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tudo me desanima | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Tenho dificuldade em estra de pé durante muito tempo (p. ex., em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SIM | NÃO | | | SIM | NÃO |
| Tenho dores insuportáveis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | As dores não me largam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomo comprimidos para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Levo muito tempo a adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sinto que sou um peso para as outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SIM | NÃO | | | | |
| Sinto-me nervoso(a), tenso(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Lembre-se que se tiver dúvidas entre o <i>sim</i> e o <i>não</i> deve colocar a cruz na <u>resposta que se aplicar melhor</u> ao seu caso neste momento. | | |
| Tenho dores quando mudo de posição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Sinto-me só | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | SIM | NÃO | | | SIM | NÃO |
| Só consigo caminhar dentro de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | As preocupações não me deixam dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho dificuldades em baixar-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sinto que não vale a pena viver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tudo me custa a fazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Durmo mal de noite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SIM | NÃO | | | | |
| Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | SIM | NÃO |
| Não consigo mesmo andar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Tem sido difícil dar-me com as pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Custa-me estar com outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (p. ex., uma bengala ou o braço de alguém) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SIM | NÃO | | | | |
| Os dias parece que nunca mais acabam ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | SIM | NÃO |
| Tenho dificuldades em subir ou descer escadas ou degraus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho dificuldades em chegar às coisas .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sinto-me deprimido(a) ao acordar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SIM | NÃO | | Tenho dores quando estou sentado(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho dores ao andar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ultimamente perco a paciência com facilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Agora, por favor volte ao princípio e verifique se respondeu “<u>Sim</u>” ou “<u>Não</u>” a todas as questões. | | |
| Sinto que não posso contar com ninguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | SIM | NÃO | | | | |
| Passo a maior parte da noite acordado(a) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Sinto que estou a perder o controlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Tenho dores quando estou de pé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Terminou o seu inquérito, pelo que agradecemos a sua
colaboração!