



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais,
Sendo maduro, não insista em rejuvenescer,
Sendo velho, não se dedique ao desespero.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor
e é preciso que eles escurram entre nós”

Victor Hugo

AGRADECIMENTOS

Mesmo que a palavra "obrigada" signifique tanto, não expressa por inteiro o quanto foi importante para mim toda a ajuda que várias pessoas demonstraram ao longo deste trabalho.

Não obstante, gostaria de agradecer de forma especial:

À Professora Doutora Rosa Martins, pela amizade, sugestões, elevado rigor, apoio pedagógico, receptividade, estímulo, compreensão, sabedoria, orientação crítica e sugestiva, e sobretudo pela sua paciência, pois sem ela todo este trabalho seria impossível.

Aos meus pais, tia e irmão por todo o seu amor e por me apoiarem sempre em tudo na minha vida.

A ti AVÔ, minha estrela...O amor nunca morre, vai para além da vida.

Por último agradeço ao meu marido pelo seu amor e paciência, e à meu filhota, pois basta um sorriso seu para dar sentido à minha vida.

Amo-vos.

A todos, Obrigada.

Resumo

Introdução- O Acidente Vascular Cerebral continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, sendo também responsável pelo elevado índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa, afetando significativamente os aspetos da vida física, económica e social. Os processos de reabilitação continuados têm-se mostrado bastante eficazes na recuperação da independência funcional destes doentes. Assim sendo o objetivo geral deste estudo consiste em avaliar o nível de independência funcional e os fatores determinantes nesses níveis, em doentes sujeitos a programas de reabilitação continuados e doentes sem reabilitação.

Métodos- O presente estudo é de carácter quantitativo, enquadrando-se num desenho de estudo descritivo transversal e analítico, no qual participaram 60 indivíduos que sofreram AVC, pertencendo 36 ao grupo experimental e 24 ao grupo de controle.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário composto por questões de caracterização sociodemográfica, de caracterização clínica, uma escala de APGAR Familiar e uma Escala de Medida de Independência funcional (MIF).

Resultados- A análise por grupos mostra que o grupo experimental é mais independente que o grupo de controle, ou seja, o nível de independência funcional é mais elevado na sua generalidade na amostra de indivíduos sujeitos a processos de reabilitação.

As variáveis que influenciaram significativamente a independência funcional foram: o género (no comportamento social no G.cont),o estado civil (solteiros/viúvo mais independentes aos níveis dos cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade e locomoção no G. exp), habilitações académicas (maior escolaridade maior independência no G. exp) fatores de risco (doentes sem fatores de risco no G. cont são mais independentes nos cuidados pessoais, controle de esfíncteres e locomoção), indivíduos com AVC isquémico são mais independentes nos cuidados pessoais e locomoção, e os que realizaram trombólise são mais independentes nas diferentes dimensões nos dois grupos.

Conclusão- As variáveis sociodemográficas e clínicas exercem influência apenas em algumas dimensões da independência funcional dos utentes após o AVC e a reabilitação desenvolvida de forma continuada, aumenta o grau de independência dos doentes diminuindo o grau de incapacidade.

Palavras-chave- Acidente Vascular Cerebral, Incapacidade, Independência Funcional, Reabilitação.

Abstract

Introduction- the Stroke is still the main cause of death in Portugal, is also responsible for the high index of incapacity and functional dependency, affecting significantly the aspects of physical, economic and social life. The continuous, rehabilitation processes have shown very effective in the rehabilitation of the functional independence of these patients. Therefore, the main general goal of this study consists in evaluating the functional independence level and the determining factors in those levels, in patients subjected to continuous rehabilitation programs and patients without rehabilitation.

Methods- The present study is of quantitative character, belonging to a type of transversal descriptive and analytical study, in which, have participated 60 individuals that suffered from a stroke, of those, 36 belong to the experimental group, and 24 to the control group.

The gathering of data was done through an inquiry composed of sociodemographic characterization questions, clinical characterization, a Familiar APGAR scale and a Functional Independence Measure scale.

Results- The analysis by groups shows that the experimental group is more independent than the control group, in other words, the functional independence level is higher in the groups of patients subject to rehabilitation.

The variables that significantly influenced the functional independence were: the genre (in social behaviour in G.cont); the civil status (single/widower more independent in matters like personal care, sphincter control, mobility in G. exp); academic level (higher schoolship higher independence in G. exp); risk levels (patients without risk factors in G. cont are more independent in personal care, sphincter control and locomotion), individuals with ischemic stroke are more independent in personal care and locomotion, and the ones who have performed thrombolysis are more independent in the different dimensions in both groups.

Conclusion- The sociodemographic variables and clinics have influence only in some dimensions of the patients' functional independence after the stroke and the continuous rehabilitation raises the patients' degree of independence lowering the incapacity degree.

Keywords- Stroke, Incapacity, Functional Independence, Rehabilitation.

Sumário

1. Introdução.....	11
2. Metodologia	25
2.1 Participantes	26
2.2 Hipóteses	27
2.3 Instrumento de Colheita de Dados	28
2.4 Procedimento Estatístico	29
3.Apresentação dos Resultados	33
3.1Análise Descritiva	33
3.1.1 Secção A – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo	33
3.1.2 Secção B - Caracterização da situação clinica dos participantes.....	38
3.1.3 Secção C – Caracterização da funcionalidade familiar dos participantes	40
3.1.4 Secção D – Caracterização da independência funcional dos participantes	41
3.2- Análise Inferencial	43
4. Discussão dos Resultados.....	53
4.1 Discussão de Resultados das Variáveis Sociodemográficas	53
4.2 Discussão de Resultados das Variáveis Clinicas.....	55
4.3 Discussão de Resultados das Variáveis de Funcionalidade Familiar	56
4.4 Discussão dos Resultados da Variável Independência Funcional	57
5. Conclusões.....	59
Referências Bibliográficos:.....	65
ANEXOS	73
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	75
ANEXO II – Autorização para efetuar colheita de dados	81

Índice de tabelas

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e grupos dos Participantes	34
Tabela 2 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra.....	35
Tabela 3 – Estatísticas de caracterização socioprofissional da amostra.....	37
Tabela 4 – Estatísticas relativas aos fatores de risco e atividade física da amostra.....	38
Tabela 5 – Estatísticas de caracterização clinica da amostra.....	40
Tabela 6 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar da amostra.....	41
Tabela 7 – Estatísticas descritivas das dimensões da MIF dos Participantes.....	42
Tabela 8 – Distribuição dos Inquiridos pelos níveis de independência.....	43
Tabela 9 – Análise da relação entre sexo e independência funcional dos Participantes.....	44
Tabela 10 – Análise da relação entre idade e independen. funcional dos Participantes.....	45
Tabela 11 – Análise da relação estado civil e independência funcional dos Participantes.....	46
Tabela 12 – Análise da relação entre habilitações académicas e independência funcional dos Participantes.....	47
Tabela 13 – Análise da relação entre presença de fatores de risco e Ind. funcional dos Participantes.....	48
Tabela 14 – Análise da relação entre tipo de AVC e Ind. funcional dos Participantes.....	49
Tabela 15 – Análise da relação entre trombólise e Ind. funcional dos Participantes.....	50
Tabela 16 – Análise da relação entre funcionalidade familiar e independência funcional dos Participantes.....	51

Índice de abreviaturas, siglas e símbolos

AIT- Acidente isquémico transitório

AVC – Acidente vascular cerebral

ABVD's - Atividades básicas de vida diária

AIVD's - Atividades instrumentais de vida diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

ECCI-Equipa Cuidados Continuados Integrados

EP – Erro padrão

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EUSI - European Stroke Iniciation

Fig-Figura

G.exp- Grupo experimental

G.cont- Grupo controle

Hem-hemorrágico

HSA – Hemorragia sub-aracnoideia

HTA – Hipertensão arterial

ICD-Instrumento Colheita Dados

INE-Instituto Nacional Estatísticas

Isq-Isquemico

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – página

SK – Skewness

UMW- U Mann Whitney

1. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral continua a ser a primeira causa de morte em Portugal (DGS, 2001) e uma das principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial. É responsável pelo elevado índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa, afetando significativamente os aspetos da vida física, económica e social.

A sua prevalência aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos passando para 30% aos 85 anos e mais (DGS, 2004), o que, associado ao aumento da esperança de vida e ao envelhecimento progressivo da população, faz com que o AVC constitua um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, não só como causa de mortalidade e morbidade mas principalmente pelo consumo de recursos e de encargo que ocasiona no Sistema de Saúde e consequentemente na Sociedade (DGS, 2006).

Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1000 habitantes por ano e que, após o AVC, cerca de 70% dos doentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com nível de incapacidade muito grave (com base no Índice de Barthel), causando um grande impacto familiar, social e económico (DGS, 2001). Uma grande percentagem de doentes que sofreram AVC morre no primeiro mês, sendo que muitos dos restantes continuam a falecer até 1 (um) ano após a ocorrência do acidente.

Para os sobreviventes, as sequelas são frequentes, variadas e graves, com alterações motoras e cognitivas a par de alterações emocionais. Para Barreca et al. (2003), citados por Saliba et al. (2008), de entre as incapacidades provocadas pelo AVC, a alteração da função dos membros superiores é uma das maiores queixas referidas pelos doentes, devido ao comprometimento de destreza durante a execução das atividades de vida diária (AVD).

Mais de 80% dos doentes com história de AVC apresentam hemiparesia e, daqueles que inicialmente têm paresia da extremidade superior, estima-se que 70% permaneçam com incapacidades residuais (Harris & Eng, 2007; Pang, Harris & Eng 2006). Segundo Pang et al. (2006), 25% a 53% dos hemiplégicos, seis meses após o AVC, permanecem dependentes em pelo menos uma AVD que envolve o uso uni ou bilateral dos membros superiores.

Muitos dos doentes que sobrevivem a um AVC, iniciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias. Considerando a magnitude das incapacidades advindas deste evento, quanto mais precoce o processo de reabilitação, melhores são as possibilidades de recuperação do indivíduo.

A designação Acidente Vascular Cerebral diz respeito a um conjunto de sintomas de défices neurológicos, num período de pelo menos 24 horas que resultam de lesões cerebrais provocadas por variações da irrigação sanguínea.

O AVC é um quadro clínico de instalação brusca, ou relativamente rápida, dependente das alterações vasculares do Sistema Nervoso Central (Martins, 2002) e pode ser originado por dois tipos diferentes de mecanismo: oclusão de um vaso provocando isquemia e enfarte do território dependente desse vaso ou rutura vascular, sendo assim a nomação do tipo de AVC depende do mecanismo que lhe deu origem.

Os fatores de risco, segundo Ferro e Verdelho (2000), correspondem a características que estão presentes nalguns indivíduos de uma população, características do seu ecossistema ou de um modo particular ao modo de interagir com esse ecossistema, aumentando a probabilidade desse indivíduo vir a ser afetado por uma determinada doença. Muitos dos fatores de risco estão associados a estilos de vida e comportamentos que se modificam ao longo do tempo. A classificação mais tradicional divide-os em modificáveis e não modificáveis, de acordo com o facto de poderem ou não ser alvo de intervenção.

Assim os fatores de risco do AVC não modificáveis são: Idade, Género e Etnia. Já os modificáveis são a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipemia, Tabagismo, Alcoolismo, Obesidade e Sedentarismo.

Para Ferro (2006) e Leal (2001), o fator de risco mais importante é a idade, com um aumento exponencial da incidência e da mortalidade. Dois terços de todos os AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, sendo que, depois dos 55 anos, o risco dobra a cada 10 anos (Ryerson, 2009).

A hipertensão arterial (HTA) é um dos principais problemas nos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente mil milhões de indivíduos em todo o mundo. Prevê-se que, no futuro, a sua prevalência vá aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes (Branco & Santos, 2010).

Os mesmos autores referem que existe uma relação direta entre os valores de pressão arterial e o risco de doença cardiovascular, ou seja, quanto mais elevada a pressão arterial maior a probabilidade de ocorrência de problemas cardíacos, renais, e cerebrovasculares.

Os AVC's são mais frequentes nos homens (Ferro, 2006) sendo a sua incidência 1,25 vezes maior do que na mulher (Martins, 2006).

A diabetes mellitus tem um papel importante no desenvolvimento da doença cerebrovascular, principalmente no AVC isquêmico trombótico, devido à alteração hemodinâmica cerebral pela hiperglicemia e por interagir com outros fatores de risco como a HTA e a hiperlipemia (Menoita, 2012).

O tabaco é também um dos principais fatores de risco para a doença cerebrovascular, sendo que pode ser inteiramente prevenido. De acordo com Ferreira et al. (2006), citado por Menoita (2012), o tabagismo aumenta o risco de AVC entre duas a quatro vezes, podendo constituir a causa de 12 a 14% das mortes. Ao fim de cinco anos de cessação tabágica, o risco de um ex-fumador sofrer um AVC é idêntico ao de quem nunca fumou (Ferro, 2006).

Existe uma relação entre o álcool e o risco de AVC, sendo este três vezes maior em indivíduos com estado de etilização aguda frequente, devido a uma maior coagulabilidade do sangue. O seu consumo exagerado está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia que, por sua vez, podem provocar êmbolos ou hipotensão. Conduz ainda ao aumento da pressão sanguínea, aumentando o risco de doença coronária, favorecendo a aterosclerose da grande artéria cerebral (Branco & Santos, 2010). Para Ferro (2006, p 78), “A relação entre ingestão de bebidas alcoólicas e AVC desenha um J: quantidades moderadas (até 3 unidades/dia) diminuem o risco, quantidades excessivas (> 5 unidades/dia) aumentam-no.”

Em oposição aos fatores anteriores, a atividade física é benéfica não só na prevenção do AVC mas também na de outros fatores de risco vascular como a HTA, a Diabetes, a Dislipidemia e a Obesidade. Vários estudos apontam para o facto das pessoas fisicamente ativas terem um menor risco de AVC ou morte quando comparadas com as que têm uma baixa atividade (Lee, Folsom & Blair, 2003).

Um outro dado relevante é que quantos mais fatores de risco o indivíduo tiver associados maior será a probabilidade de ocorrência de AVC. Torna-se pois fundamental a sua identificação e uma intervenção concertada da equipa multidisciplinar de modo a adotar hábitos de vida saudáveis prevenindo a ocorrência de novos episódios ou complicações.

Quanto à classificação do AVC podemos ter dois tipos, que por sua vez ainda se dividem em subtipos: o Isquémico (lacunar, trombótico e embólico) e o Hemorrágico (subdural, subaracnoide, intracerebral e intravascular).

Avc isquémico

A isquemia é um processo, pelo qual um tecido não adquire os nutrientes indispensáveis ao metabolismo das suas células, em especial o oxigénio. Sendo assim, o AVC isquémico é provocado por oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral, seja esta fomentada por redução do débito cardíaco ou por hipotensão arterial grave.

Um AVC é trombótico quando o processo patológico que origina a oclusão do vaso se desenvolve no mesmo local da oclusão. Trombose cerebral diz respeito à formação ou desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais, ou dos seus ramos. Os trombos resultam da aderência e agregação plaquetária, coagulação de fibrina e queda da fibrinólise.

Temos dois tipos de trombose, a trombose arterial e a trombose venosa. A embolia cerebral é entendida como todo o processo em que se constata a oclusão arterial por um corpo estranho (embolo ou trombo) em circulação, que é libertado na corrente sanguínea e que se move até às artérias cerebrais.

AVC Hemorrágico

A hemorragia cerebral é resultado de um acontecimento oposto ao da isquemia: a extravasão de sangue para fora dos vasos. Quando ocorre uma hemorragia, o sangue pode extravasar para o interior do cérebro, provocando uma hemorragia intracerebral, ou para o espaço cheio de fluido entre o cérebro e a membrana aracnoide, provocando uma hemorragia subaracnóideia.

A hemorragia cerebral está relacionada essencialmente com a hipertensão arterial. O aumento crónico da pressão nas artérias, conduz a uma fragilização das paredes arteriais, do que poderá resultar uma rutura e consequente hemorragia (Habib, 2000). Pode ainda ocorrer de várias formas, sendo as principais:

- O aneurisma dilatação da parede de uma artéria ou veia, apresentando paredes finas com tendência a aumentarem com o tempo e acabando por rebentar (Lundy-Ekman, 2008).
- A rutura de uma parede arterial. As paredes arteriais encrostadas de placas (provocadas pela arteriosclerose) perdem a sua elasticidade, ficam rígidas, finas e sujeitas a quebrarem (Cancela, 2008).

A incidência do AVC na população portuguesa não é conhecida com rigor, já que a utilização dos cuidados de saúde por esta população é variada. Mas, de acordo com dados do

projeto “Médicos Sentinela”, as taxas anuais de incidência de AVC (tendo por base, apenas, o número de casos notificados) foram mais elevadas no sexo masculino que no feminino, na maioria dos grupos etários. No grupo etário acima dos 75 anos, os valores foram semelhantes nos dois sexos e segundo o Ministério da Saúde (2001), e um estudo de Gonçalves e Cardoso (1997) realizado na população de Coimbra, a prevalência era de 8%.

Défices no Doente com AVC

Os sintomas desta patologia, dependem principalmente do tipo de acidente vascular cerebral, (isquémico ou hemorrágico), da sua localização (áreas afetadas), da idade e do estado do paciente. Ou seja, os sintomas são a consequência de uma lesão num hemisfério cerebral atingindo um dos lados contrário do corpo lesado. As manifestações clínicas do AVC variam de acordo com a região vascular e a área afetada. (Martins, 2006). Os efeitos do AVC na mulher, normalmente são mais prejudiciais sobretudo depois dos 65 anos, que nos homens.

Podemos referir que a hemiplegia é a manifestação clínica mais frequente no doente. Primeiramente surge uma paralisia do hemicorpo contralateral á lesão, pois cada hemisfério cerebral controla a atividade do lado oposto do corpo.

No caso de enfarte isquémico instala-se rapidamente nos primeiros minutos ou horas; no caso de ser um enfarte hemorrágico surgem cefaleias e vômitos intensos com perda de consciência por momentos ou que poderá se prolongar para coma. Visão dupla e debilidade generalizada sem razão aparente são também um sinal. Paralelamente presenciam-se também alterações do ritmo cardíaco e respiratório, da temperatura corporal, da tensão arterial seguido de transtorno de consciência. Podem surgir outros tipos de sintomas, mas que dependem da área, dimensão atingida e natureza da lesão cerebral.

Apesar destas condicionantes vamos referir as alterações mais comuns na maioria dos pacientes provocados por um AVC:

Alterações do tónus

A perda de tónus muscular normal no lado afetado do doente, pode ser aumentada, diminuída ou ambas. A hipotonia é caracterizada pela incapacidade do hemicorpo afetado apresentar movimentos voluntários, ou seja, o individuo é incapaz de movimentar o hemicorpo em qualquer posição, principalmente nas primeiras semanas. Aparece igualmente a flacidez que normalmente permanece durante umas horas ou dias. Em contrário, quando o tónus muscular é aumentado qualifica-se como espasticidade ou hipertonia.

Perda de mecanismo de controlo muscular

O equilíbrio, constitui-se elemento essencial na postura e movimento do corpo, ficando fortemente atingido nos indivíduos com AVC. As reações posturais involuntárias de um doente que tenha sofrido um AVC, não trabalham no lado oposto da lesão, o que não deixa o indivíduo ter uma correta postura e movimento do corpo. Assim, as atividades mais simples do dia-a-dia como o sentar, manter-se de pé e andar, entre muitas outras, ficam afetadas.

Problemas sensoriais

Um AVC não causa somente danos físicos ao corpo, mas também dificuldade de perceção e perda de discriminação sensorial, das quais as mais frequentes e presenciáveis nos casos de lesão neurológica do hemicorpo são os défices sensoriais superficiais, propriocetivos e visuais. Ou seja, o doente pode ter dificuldade em saber onde se encontram seus membros e em que posições estão, assim como seu próprio corpo.

Verifica-se uma diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, ou mesmo nula que pode conduzir a auto lesões. Também se nota uma diminuição da sensibilidade postural o que impede a execução de movimentos eficientes e controlados. Além disso, o doente pode apresentar também problemas de visão, sendo o problema mais comum a hemianopsia homónima (cegueira da metade nasal de um dos olhos e da metade temporal do outro olho).

Alterações da função perçetiva

Os défices perçetivos dependem sobretudo do local da lesão e sua extensão. Este tipo de distúrbios pode ser a nível da figura de fundo, modo no espaço, compreensão de profundidade, relações espaciais, firmeza da forma e orientação topográfica. Distúrbio frequente nestes doentes é também a apraxia (incapacidade de executar movimentos e gestos precisos apesar das funções motoras e sensoriais se encontrem aparentemente salvas) e a agnosia (consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal e de lhe atribuir uma função mesmo que os órgãos sensoriais não se encontrem lesados). Podem também emergir alterações a nível da imagem e conceito corporal.

Problemas de compreensão

Podem ser afetadas a memória, a compreensão de conceitos, a concentração e a comunicação, esta por obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. A afasia é

uma perturbação da linguagem com consequência de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que estão envolvidas no processo de enfermagem.

Problemas psicológicos e emocionais

Um indivíduo que tenha sofrido um AVC terá de aprender a aceitar e a lidar com a sua nova condição. Surgem emoções e pensamentos negativos, pode vir a sofrer de depressão, ansiedade e alterações de humor. Aqui a família e amigos tem um papel importante no bem-estar do doente, acompanhando-o quer no internamento quer no domicílio. Podem ainda ocorrer alterações no relacionamento entre o doente/família, o que conduz frequentemente ao isolamento dentro da sociedade e da própria família.

Alterações de comportamento

Os doentes com lesão no hemisfério direito e/ou esquerdo tem procedimentos bastante diferentes. Tendem a ter um comportamento mais lento, incertos e inseguros, mas mais cuidadosos quando é atingido o lado direito do cérebro, logo estes doentes ficam ansiosos e indecisos para a realização de qualquer tarefa. No geral estes doentes ficam confusos ou não cooperantes e sem iniciativa própria (Martins, 2002).

As consequências funcionais dos déficits primários neurológicos geralmente predispoem os sobreviventes de AVC a um padrão de vida sedentário, com limitações individuais para as atividades de vida diárias. Torna-se assim pertinente clarificar os termos utilizados pelos diferentes autores, na conceptualização e processo da independência funcional.

Independência funcional

De acordo com a Infopedia (2007), independência significa a qualidade de gozar de liberdade e autonomia, por oposição á dependência que é definida como a falta de autonomia e independência conduzindo a um estado de sujeição e subordinação.

Encontramos ainda na literatura termos como incapacidade, que segundo a OMS (1989) consiste na limitação ou ausência de capacidade para realizar uma atividade de forma considerada normal para qualquer indivíduo afirmando que, cada incapacidade é resultado de deficiência exteriorizada ao nível do desempenho e do rendimento funcional.

As deficiências, incapacidades e desvantagens resultantes do AVC, são como já afirmámos bastante variáveis, dependendo da área envolvida e da recuperação do doente. Assim podemos entender deficiência como sendo um distúrbio físico, uma perda temporária

ou permanente de uma faculdade. Na opinião de Hesbeen (2003:40) deficiência “é uma alteração prolongada da estrutura anatômica, fisiológicas ou psicológica de um indivíduo”. O mesmo autor define incapacidade como sendo a consequência funcional de uma deficiência. Já Neri (2001) prefere uma abordagem mais positiva desta questão, falando não em incapacidade mas optando pelos termos capacidade/ independência funcional. Esta, tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (ABVD's) ou de autocuidado e também para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (AIVD's).

Para Netto (2002, p.11) independência pode ser definida como a “capacidade de realizar algo com os seus próprios meios”. Loureiro (2007) refere também, que a dependência não é um atributo pessoal, antes traduz a relação com o outro, ou seja, só existe em relação a alguém, ou a uma relação social. O mesmo acontece relativamente á independência, pois na mesma pessoa podemos encontrar parâmetros quer de dependência quer de independência.

Veras (2002), refere que do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar e melhorar a capacidade funcional e sempre que possível recuperar as suas perdas. Trata-se de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, devendo ter como objetivo major a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

De facto independência significa ser capaz de realizar atividades de vida diária sem ajuda, ao passo que dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, sendo determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos (Diogo, 2000; Yuaso, 2003).

A incapacidade como podemos observar corresponde ao resultado de uma relação complexa entre o estado ou condição de saúde do indivíduo e fatores pessoais com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003).

Em jeito de resumo concluímos que o conceito de independência funcional, envolve portanto a execução das atividades desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do seu meio e à participação social.

Estudos realizados sobre esta temática revelam, que os fatores mais fortemente associados com as dependências funcionais estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Entretanto, diversos estudos revelam também que a independência funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Dentro destes, incluem-se comportamentos relacionados com o estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, não praticar exercício físico, estar submetido a situações de stress psicossocial agudo ou crónico, e não manter relações sociais.

Coelho (2011) realizou um estudo sobre determinantes da capacidade funcional do doente após AVC, com uma amostra de 61 indivíduos, concluindo que as variáveis com influência significativa na capacidade funcional foram o sexo, a idade, o tipo e localização do AVC, o tempo de internamento, a presença de fatores de risco e ainda a realização de programa de reabilitação. Similarmente Marques (2011), realizou também um estudo sobre a independência funcional do doente pós AVC, com uma amostra de 60 indivíduos e concluiu que as variáveis com influência significativa na independência funcional, eram apenas o estado civil, o tempo de AVC, o desenvolvimento de reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado.

Numa outra vertente Pereira (2003) diz-nos que as causas mais comuns de perda da independência funcional no idoso são as imobilidades e as inatividades (sedentarismo). A imobilização acidental é o palco das fraturas, quando o utente fica imobilizado até que a fase aguda se estabilize e a imobilização pode tornar crónico quando não há tratamento adequado. A capacidade funcional neste caso é determinada pelas avaliações funcionais, de forma a permitir uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e o impacto da comorbidade. A avaliação da independência funcional tem-se tornado um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos apresentam várias doenças simultaneamente. Estas variam com severidade e provocam diferentes impactos na vida quotidiana, servindo para enquadrar o modo como as pessoas vivem os anos adicionais de vida em consequência da longevidade (Lima-Costa, Barretto, e Giatti, 2003).

A mensuração da independência/dependência funcional, permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma

redução da aquisição de melhoras (Greve, 2007). Desde a sua origem nas décadas de 80, a MIF tem sido utilizada em inúmeras patologias, incluindo AVC, traumatismos cranianos, neoplasias e patologia da espinal medula. A sua criação teve como objetivo providenciar um instrumento válido e consistente, que permitisse avaliar o estado funcional do doente e respetivas necessidades de cuidados, assim como, comparar a evolução do nível de independência, ao longo do processo de reabilitação (Chumey et al., 2010).

Em termos clínicos, este instrumento possibilita: a determinação do nível da incapacidade, a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente e do resultado obtido, a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação, a obtenção facilitada de conferência sobre dados funcionais comuns e a comparação de dados relativos à deficiência e ao nível da incapacidade funcional como resultado de um tratamento de reabilitação (Farias & Buchalla, 2005). Verifica ainda o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes aos domínios, motor (autocuidado, controle esfinteriano, transferências e locomoção) e cognitivo social (comunicação e cognição social). O valor atribuído para cada uma pode variar de um (assistência total) a sete (independência completa), portanto o escore da MIF total, varia, entre o mínimo de 18 e o máximo de 126 (Cruz & Maria, 2009).

De uma forma mais específica temos: Nível 7 – Independência completa (todas as atividades são realizadas em ajuda, sem modificação, com segurança e em tempo útil); Nível 6 – independência modificada (a atividade realizada requer equipamentos especializados, um tempo de realização acima do razoável ou exige cuidados de segurança); Nível 5 – supervisão ou preparação (a pessoa necessita de um controle, da presença ou sugestão de outra pessoa, mas sem contacto físico); Nível 4 – Ajuda com contacto mínimo (a pessoa realiza 75% ou mais da atividade); Nível 3 – ajuda moderada (a pessoa realiza 50 a 74% da atividade); Nível 2 – ajuda máxima (a pessoa desenvolve menos de 50%, mas realiza pelo menos 25% da atividade); Nível 1 – ajuda total (a pessoa desenvolve menos de 25% da atividade) (Farias & Buchalla, 2005).

Vários estudos levam-nos a delinear múltiplos fatores que determinam a independência funcional dos idosos, dos quais destacamos Koukouli et al. (2002), Rosa et al. (2003), Sousa et al. (2003) que afirmam que o sexo feminino apresenta uma forte associação com a dependência funcional. Martins (2004), refere que o avanço da idade é também um dos fatores que predispõe à dependência funcional. Hebert et al. (1999), verificou que relativamente ao estado civil e agregado familiar, as pessoas a morar sozinhas eram mais

independentes e que apresentavam uma redução no risco de virem a apresentar declínio funcional. Opinião contrária, apresentou Brink (2004), quando enuncia a viuvez como fator de risco para a dependência nas AIVD e na mobilidade. Muitos autores mostram a escolaridade como fator influente na independência funcional como é exemplo Rosa et al (2003), ao referir que um baixo nível de escolaridade se encontra associado a níveis elevados de dependência funcional e um maior nível de escolaridade correspondeu a um menor nível de dependência funcional. Branco et al (2001), tem a mesma opinião ao verificar que idosos portugueses com elevado nível de escolaridade, foram os que menos referiram precisar de ajuda na realização de AVD.

A ocorrência de várias doenças ao longo da vida é também um fator estudado na dependência funcional. Para Rosa et al. (2003) a ocorrência de um AVC está associada a uma dependência moderada a grave. Para a mesma autora, a atividade física, religiosa e lazer, foram também fatores estudados e que constataram existirem maiores níveis de dependência funcional nos idosos que não fizeram ou receberam visitas de familiares ou de amigos.

Também Duca et al (2009) refere no seu estudo que relativamente aos cuidados pessoais, se encontrou uma elevada prevalência de dependência para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos cuidados de vestir-se e tomar banho, com o avanço da idade. Também relacionado com a idade encontra-se a dependência na locomoção em que muitos idosos referiram utilizar meio de transporte seguindo-se dependência menos significativa no fazer compras e lavar a roupa, respetivamente.

Costa et al (2006) refere que as três AIVD nas quais os idosos tinham mais dependência, necessitando por isso de ajuda, foram: gestão do dinheiro (73,9%), locomoção (72,5%) e cuidados domésticos (40,6%). As três atividades em que os idosos tinham maior dependência total incluíam: lavar qualquer peça de roupa (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%).

Como já foi referido anteriormente, a pessoa vítima de AVC, pode apresentar manifestações clínicas diversas, consoante a área ou áreas cerebrais afetadas, exigindo por isso que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, faça uma avaliação minuciosa e precisa, avaliando a sintomatologia, e todas as sequelas resultantes. Esta avaliação não deve descurar o exame neurológico, onde avalia os diferentes pares cranianos, a avaliação da força, possível espasticidade e equilíbrio (Carvalhido & Pontes, 2009).

É de primordial importância promover a reabilitação precoce dos doentes com AVC, iniciando esta na fase aguda (hospitalar) dando continuidade aos cuidados posteriormente, através da articulação com os Centros de Saúde (Cuidados de Saúde Primários). No sentido de ajudar estes doentes na sua recuperação e consequente integração na sociedade, é fundamental o envolvimento da família quer durante o internamento, quer no domicílio em complementaridade com os enfermeiros do Centro de Saúde.

O termo “Reabilitação”, significa a reaprendizagem de habilidades antigas, isto implica muito mais do que reaprender a andar e a vestir-se, ou a transferir-se da cama para a cadeira de rodas, as atividades que precisam ser reaprendidas abrangem a integração essencialmente a três níveis: atividades de vida diárias, relação com a família e relação com a sociedade, ou seja: redescobrir qual o seu papel na família, reformular realisticamente o auto conceito e reaprender a enfrentar os problemas do quotidiano (Martins, 2002).

Stryker (1977) citado por Shirley (2002), definiu Enfermagem de Reabilitação como sendo um processo criativo, tendo o seu início nos cuidados preventivos imediatos no primeiro estágio da doença ou acidente, continuando na fase de recuperação e implicando a adaptação à nova vida. Pode ainda ser definida, como a forma de prevenir incapacidades e desenvolver, atenuar, recuperar, estimular até ao máximo os potenciais físico, psicológico, social, espiritual, profissional e educacional, compatível com o grau de comprometimento fisiológico ou anatómico e limitações ambientais. A reabilitação é de facto a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem. Para a OMS (2002) a reabilitação é definida como um conjunto coordenado de medidas médicas, sociais, educacionais e profissionais destinadas a restituir à pessoa menos válida a maior capacidade e independência que for possível. Segundo a Lei de Bases de Prevenção e Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência de 2 de Maio de 1989, a reabilitação é um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade que é considerada normal.

O enfermeiro de reabilitação é por excelência o profissional da equipa de saúde com mais competências na área dos Auto cuidados e Atividades de Vida Diárias. De acordo com a Direcção-Geral da Saúde, (2001), o enfermeiro de reabilitação, ao nível dos auto cuidados, tem como missão criar condições para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, evitar as complicações e defender o direito dos utentes à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo desta forma, o papel do educador, gestor de caso, defensor, conselheiro, investigador, moderador e facilitador. A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa uma

abordagem holística que pretende maximizar as capacidades do utente. Atua ainda no ser humano como indivíduo e pessoa – com funções específicas, que pertence a um grupo – família, comunidade e ambiente, o qual pode ser natural ou artificial. Preocupa-se essencialmente com as capacidades de reabilitação reveladas pelo cliente, pelo seu projeto de saúde e/ou de vida e pretende a obtenção de um nível de vida considerado ótimo, minimizando ou anulando as desvantagens, causadoras de sofrimento e de dependência.

Assim e relativamente ao programa de reabilitação, existem duas correntes dominantes:

-Desenvolvimento de potenciais do lado são, compensar as deficiências do lado afetado do corpo (Bobath, 2001);

-Foco de atenção nos vários fatores que interferem na função motora a nível medular, do labirinto e do córtex e nos dados que existem sobre o processo de desenvolvimento da criança; estabelece técnicas de tratamento orientadas sobre o lado afetado, procurando assim reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo (Johnstone,1979).

O processo de reabilitar deve iniciar-se imediatamente nas primeiras 24h, prolongar-se durante o internamento e continuar após a alta, ou corre-se o risco de todo o trabalho e esforço despendido ter sido em vão. A família deverá eleger um cuidador e terá de ser, indubitavelmente, um parceiro de cuidados pois é ele que assumira a responsabilidade da continuidade de todo o processo. Além disso o Enfermeiro deverá realizar uma carta de alta com todas as ocorrências de enfermagem de reabilitação, e fazê-la chegar ao enfermeiro especialista dos cuidados de saúde primários uma vez que esta constitui uma articulação importante para a continuidade dos cuidados.

Através de uma colheita de informação objetiva, o enfermeiro de reabilitação estabelecerá um plano individual de cuidados com o objetivo de restabelecer o máximo de independência física e psíquica do indivíduo e família. Paralelamente como nos diz Mendes e Ribeiro (2007), a família deverá ser o principal recurso da pessoa com deficiência, no entanto, a nova situação acarretará dor e sofrimento impedindo, com alguma frequência, o ultrapassar dos obstáculos que vão surgindo. Desta forma, a integração da família e amigos devera receber a mesma atenção que o doente, devendo fazer parte do processo de reabilitação (Hesbeen, 2003).

O cuidador informal representa a pessoa familiar ou amiga não remunerada que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à

pessoa dependente. Compete ao enfermeiro especialista em reabilitação, todos os ensinamentos efetuados ao cuidador, bem como a sua identificação pois sabemos que se trata de um processo difícil, independentemente da situação de dependência do doente.

Sabemos que o sucesso da reabilitação depende de múltiplos fatores, desde uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade em todo o processo. Consequentemente a isto, estão o desenvolvimento de habilidades na melhora funcional, na satisfação e trajetória quotidiana, na reintegração familiar e social, no exercício da cidadania e na maior autonomia.

Tendo por base todos os pressupostos referidos, a prevalência das doenças cardiovasculares em Portugal, e ainda os contínuos questionamentos do dia a dia da nossa prática profissional optámos por investigar esta temática, definindo a seguinte questão de partida:

Qual será a prevalência e fatores determinantes da incapacidade funcional em doentes com AVC na equipa da ECCI do Centro de Saúde de Felgueiras?

Os objetivos dos estudos devem possibilitar o encaminhamento de uma investigação para o método mais adequado, de modo a angariar a informação desejada. Assim o objetivo geral deste estudo consiste em identificar a incapacidade funcional de doentes pós AVC e avaliar os fatores determinantes nessa incapacidade.

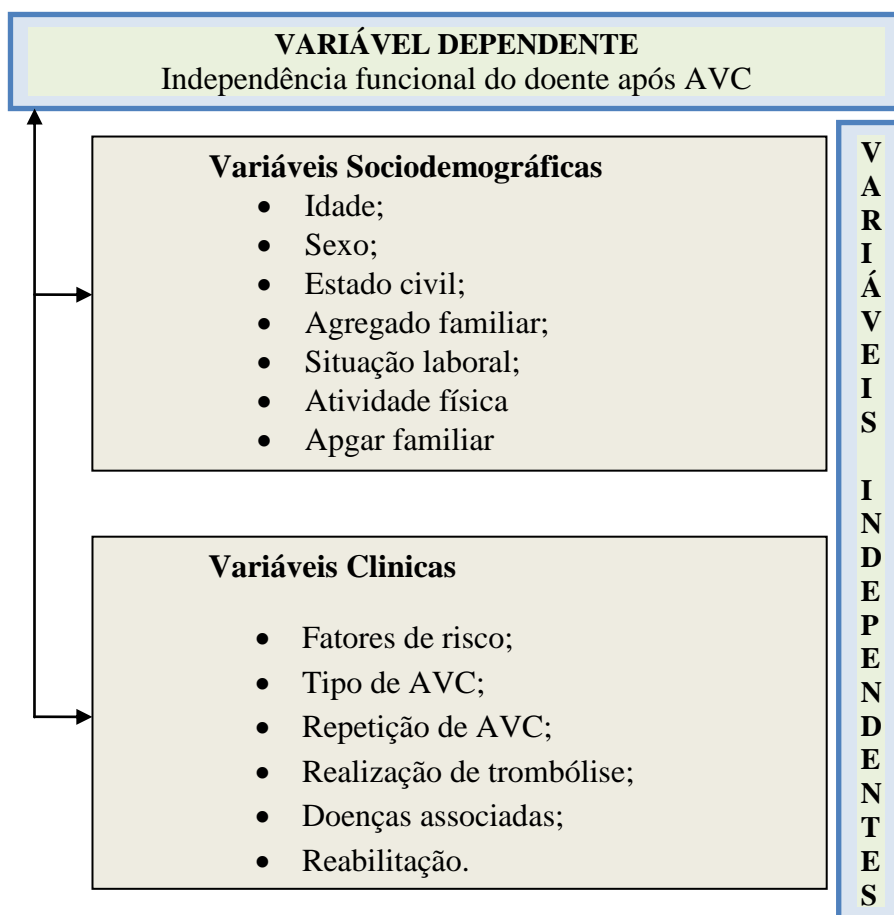
Em termos estruturais, este trabalho encontra-se dividido em cinco secções: a primeira que designamos de introdução corresponde ao capítulo onde é feita uma breve fundamentação teórica; a segunda que inclui a descrição de todo o percurso metodológico; a terceira dedicada à apresentação e análise dos resultados; a quarta integra a discussão dos resultados do estudo em confrontação com os resultados de outros estudos, e por fim a conclusão onde procederemos a uma síntese analítica dos principais resultados.

2. Metodologia

O presente estudo é de carácter quantitativo, enquadrando-se num desenho de estudo descritivo transversal e analítico correlacional (Cunha, Martin, Sousa & Oliveira, 2007). É descritivo, porque pretendemos descrever características de uma determinada população (utentes com AVC), e estabelecer relação entre variáveis (independência funcional e os diversos fatores passíveis de a influenciar). Transversais, porque as variáveis são estudadas num determinado momento, fazendo um corte no tempo. É ainda analítico/correlacional, uma vez que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e proceder á sua descrição (Fortis, 2009).

As variáveis são consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo. A variável independente é o elemento capaz de exercer um efeito sobre outra variável sendo introduzida e manipulada, num contexto de investigação. A variável dependente é o elemento que sofre o efeito, ou seja o resultado esperado pelo investigador. No nosso caso a variável dependente corresponde á independência funcional do doente após AVC. Já no que respeita às variáveis independentes, foram divididas em dois grupos: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, agregado familiar, situação laboral, atividade física) e variáveis clínicas (fatores de risco, tipo de AVC, repetição de AVC, realização de trombólise, doenças associadas, reabilitação) como podemos observar no modelo conceptual descrito na fig.1. O modelo permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, em simultâneo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

Figura 1 – Modelo conceptual do estudo



2.1 Participantes

Enunciado o problema de investigação, definidos os objetivos, e feita a escolha do desenho da investigação, torna-se pertinente, precisar a população junto da qual o trabalho de investigação será aplicado através de um instrumento de recolha de dados.

Fortin (1999, p.202), define população como “ coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. No presente estudo, optámos por uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, sendo a amostra constituída por 60 indivíduos que sofreram AVC, pertencendo 36 ao grupo experimental e 24 ao grupo de controle.

No sentido de tornar a amostra o mais homogénea possível foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão que passamos a descrever:

Critérios de inclusão: Ter tido um AVC, apresentar sequelas, possuir capacidades cognitivas para colaborar no estudo, e estar integrado num programa de reabilitação (para o grupo experimental).

Critérios de exclusão: Doentes sem sequelas e sem possuir capacidades cognitivas para colaborar no estudo.

2.2 Hipóteses

Segundo Fortin (1999) uma hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis, ou seja, prediz o resultado do estudo.

As hipóteses desenvolvidas para esta pesquisa são denominadas de complexas, pois predizem a relação de associação ou causalidade entre variáveis, sejam elas independentes ou dependentes.

Atendendo aos pressupostos teóricos expostos, ao problema de investigação, às variáveis enunciadas, aos objetivos definidos e ao modelo conceptual adotado foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1 – Existe relação entre o género e a Independência funcional dos Participantes
- H2 – Existe relação entre a idade e a Independência funcional dos Participantes
- H3 – Existe relação entre o estado civil e a Independência funcional dos Participantes
- H4 – Existe Relação entre habilitações académicas e a Independência funcional dos Participantes
- H5 – Existe Relação entre a presença de fatores de risco e a Independência funcional dos Participantes
- H6 – Existe Relação entre tipo de AVC e a Independência funcional dos Participantes
- H7 – Existe Relação entre realização de trombólise e a Independência funcional dos Participantes
- H8 – Existe Relação entre a funcionalidade familiar e a Independência funcional dos Participantes

2.3 Instrumento de Colheita de Dados

A investigação tem um leque variado de métodos de colheita de dados e, para escolher qual o mais apropriado a usar o investigador deve basear-se nas questões orientadoras e no objetivo do estudo. Pode colher-se dados factuais através de entrevistas e questionários..., avaliar características psicossociais com a ajuda de escalas de medida, ou ainda apreciar situações por observações diretas (Fortin, 2009, p.368).

Ainda de acordo com a autora supracitada, na escolha do método de colheita dos dados, o investigador deve procurar um instrumento que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual ou teórico. Deve, ainda, assegurar-se que o mesmo oferece uma suficiente fidelidade e validade. Sem dúvida que uma das tarefas mais difíceis de uma investigação está no selecionar e desenvolver os métodos para recolha de dados, se os métodos não forem os apropriados toda a colheita de dados, assim como a validade dos mesmos pode estar comprometida (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O instrumento de recolha de dados é constituído por quatro secções. A primeira e segundas secções serviram para caracterizar a amostra (em termos sócio demográficos e clínicos), a 3ª secção destinou-se à mensuração da independência funcional dos doentes, através da aplicação da escala de Medida de Independência Funcional.

Secção A: Caracterização sociodemográfica

Este grupo é constituído por 11 questões fechadas. Procura obter elementos de natureza pessoal ou seja, a caracterização do inquirido como idade, sexo, estado civil, com quem vive, fatores de risco, situação laboral, profissão e habilitações.

Para avaliar a funcionalidade familiar foi utilizada uma escala de apgar familiar criada por Smilktein e adaptada à população portuguesa por Azeredo (1998), que é constituída por cinco questões que permitem quantificar a perceção que o doente tem do funcionamento da sua família. As questões pretendem avaliar a adaptação intrafamiliar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e a dedicação à família (Oliveira, 2003).

Cada questão permite três tipos de resposta, que correspondem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado global da escala, obtêm-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e varia entre os valores 0 e 10 pontos.

Uma pontuação global de 7 a 10 pontos, sugere uma família “altamente funcional”; de 4 a 6 pontos uma família com “moderada disfunção” e de 0 a 3 pontos, uma família com “disfunção acentuada”.

Secção B: Variáveis Clínicas

Este grupo é constituído por 5 questões fechadas. Procura conhecer a situação clínica do doente, com tipo de AVC, sua localização, realização de trombólise, tipo de doença anterior.

Secção C: Medida de Independência Funcional

A medida de Independência Funcional é uma medida de incapacidade, que tem como objetivo medir o que uma pessoa realmente faz, independente do diagnóstico ou da sua deficiência, e não o que ela poderia fazer, se as circunstâncias fossem diferentes (Oliveira, 2003). A MIF reagrupa a avaliação da independência para as atividades de vida diárias, estas são agrupadas em várias dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação, cognição social, constituída, cada uma delas por vários indicadores.

A MIF permite a determinação de severidade da incapacidade, e a avaliação e o acompanhamento dos ganhos funcionais do doente. Tem uma pontuação mínima de 18 pontos e uma máxima de 126 (Torres, Fernandez et al, 1999).

A pontuação de cada item, varia de um a sete (1 – 7), de acordo com o grau de dependência: 7- independência completa; 6- independência modificada; 5- supervisão; 4- ajuda mínima (indivíduo realiza > =75% da tarefa); 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza > =50% da tarefa); 2- Ajuda máxima (indivíduo realiza > =25% da tarefa), 1- Ajuda total. A MIF total pode ser dividida em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); c) 61 – 103 pontos: dependência modificada

(assistência de até 25% da tarefa); d) 104 – 126 pontos: independência completa / modificada. (Riberto, 2004).

2.4 Procedimento Estatístico

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde foram inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2003).

Para as medidas de achatamento curto se (K) o resultado também se obtém através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à estatística inferencial, fez-se uso da estatística não paramétrica. Esta foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana &

Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor. Assim, utilizámos:

O teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

O Teste KruskalWallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si, (Pestana &Gageiro, 2005);

Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-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 à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo - 1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana &Gageiro, 2005).

Na análise estatística utilizou-se ainda os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ P.S. – diferença estatística não significativa

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 20 para o Windows e Word Microsoft.

3. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados com o intuito de caracterizar a amostra em estudo, analisando como as variáveis se associam entre si, tendo por referência os objetivos orientadores da presente investigação. Serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do Instrumento de colheita de dados (ICD) e o respetivo tratamento estatístico. Assim numa fase inicial procedemos a uma caracterização da amostra, através da análise descritiva, e posteriormente damos corpo a uma apresentação de resultados sustentada por uma análise inferencial. A apresentação dos resultados surge esquematizada em três secções de acordo a estrutura do ICD, através de várias tabelas e quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo, precedidas das análises correspondentes. Tendo em conta que os dados foram colhidos através do ICD aplicado optámos por omitir o local de realização, assim como a data e a fonte.

3.1 Análise Descritiva

3.1.1 Secção A – Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes que integram a amostra do nosso estudo. Uma vez que temos duas subamostras iremos apresentar os resultados em tabelas e quadros sempre com grupo experimental que designaremos de G. exp, e grupo de controle que designaremos de G. cont.

Idade

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que os participantes do nosso estudo são em número 60, pertencendo 36 ao grupo experimental e 24 ao grupo de controle.

Constatamos também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 50 e um máximo de 88 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 72,75 anos, um desvio padrão de 9,16 e um coeficiente de variação de 12,59%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Procedendo a uma análise em função dos grupos verificamos, que a média de idades para o grupo experimental ($\bar{x} = 74,08$) é ligeiramente superior à do grupo de controle ($\bar{x} = 70,75$), apresentando os dois grupos uma baixa dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os grupos, é

simétrica e na amostra total assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e grupos dos Participantes

Idade	N	Min	Max	X	Dp	Sk	K	CV
Grupos								
G. Exp	36	50	88	74,08	8,13	-1,74	1,23	10,97
Gr Cont	24	55	82	70,75	10,38	-1,01	-1,79	14,67
Total	60	50	88	72,75	9,16	-2,15	-0,71	12,59

Grupos etários

A distribuição dos indivíduos vítimas de AVC por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (51,7%) se encontra no 2º escalão [66-79 anos], seguindo-se os outros dois escalões com valores percentuais próximos 23,3% e 25,0%.

A análise da mesma variável em função dos grupos demonstra que no G. exp a maior percentagem (36,7%) se situa também no escalão entre os 66 e os 79 anos enquanto o G. cont se distribui com valores percentuais iguais no 1º e 2º escalão sendo estes ligeiramente mais novos.

Género

A distribuição dos participantes em função do género mostra, que os homens constituem o grupo com maior representatividade percentual (58,3%) seguindo-se as mulheres com 41,7%. A análise da mesma variável em função do grupo demonstra que a tendência se mantém ou seja em ambos os grupos os homens estão em maioria relativamente às mulheres.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, a maioria (71,7%) dos participantes, integra a alternativa “casado”, seguindo-se os viúvos (20,0%) e apenas 8,3% tem estado civil solteiro.

Analisando o estado civil em função do grupo, constatamos que a distribuição se faz com algumas diferenças: assim constatamos que em ambos os grupos os indivíduos casados estão em maior nº, os viúvos com iguais valores percentuais (10,0%) e no G. cont não existem solteiros.

Habilitações Académicas

Como podemos verificar, não existem grandes diferenças na habilitação em função do grupo, em virtude de se manterem valores percentuais equivalentes nos vários níveis de formação académica excetua-se ao que fica dito o caso da escolaridade entre os 4 e os 9 anos ser mais representativo no grupo experimental do que no grupo de controle.

Ao analisarmos a variável “ habilitações académicas” dos Participantes constatamos, que 48,3% possui escolaridade básica, 25,0% tem habilitações nulas ou seja analfabetismo e só 6,7% possuem maiores habilitações de nível superior (cf. Tabela 2).

Como podemos verificar, existem algumas diferenças na habilitação em função do grupo, uma vez que o G. exp possui níveis de escolaridade superior ao G. cont.

Tabela 2 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	G.Exp		G. Cont		Total	
	N	%	N	%	N	%
G. Etários						
50 -65	5	8,3	9	15,0	14	23,3
66 -79	22	36,7	9	15,0	31	51,7
≥ 80	9	15,0	6	10,0	15	25,0
Género						
Masculino	20	33,3	15	25,0	35	58,3
Feminino	16	26,7	9	15,0	25	41,7
Estado Civil						
Solteiro	5	8,3	-	-	5	8,3
Casado	25	41,7	18	30,0	43	71,7
Viúvo	6	10,0	6	10,0	12	20,0
Habilitações Literárias						
Nulas	6	10,0	9	15,0	15	25,0
Escolaridade básica	20	33,3	9	15,0	29	48,3
Ensino secundário	6	10,0	6	10,0	12	20,0
Bacharel/Licenciatura	4	6,7	-	-	4	6,7
Total	36	60,0	24	40,0	60	100,0

Situação laboral

Quanto à Situação laboral, e de acordo com os dados constantes da tabela 3, 87,5% dos indivíduos estão já reformados, o que era previsível se considerarmos a média de idades apresentadas. Temos ainda 10.0% da amostra que está em situação de “empregado “ e apenas 2,5% refere estar desempregado.

A tendência distributiva para a amostra total, mantém-se para o G. exp Contudo no G.

cont. verificamos que os desempregados e os empregados representam um pequeno grupo com os mesmos valores percentuais (1,3%).

Com quem vive

Quanto à variável com quem vive, e de acordo com os dados constantes da tabela 3, o grupo percentual maior (77,4%) dos indivíduos vivem com o cônjuge, seguindo-se (13,2%) que vivem com os filhos/outros familiares, 7,5% encontram-se internados em lares e apenas 1,9% vive só.

A tendência distributiva verificada na amostra total, mantém-se para o G. exp Contudo no G. cont verifica que só existem duas situações ou seja os que habitam com o cônjuge (34,0%) e os que habitam com familiares (11,3%).

Situação laboral

Quanto à Situação laboral, e de acordo com os dados constantes da tabela 3, 79,7% dos indivíduos estão já reformados, o que era previsível se considerarmos a média de idades apresentada. Temos ainda 13,6% da amostra que está em situação de “empregado “ e apenas 6,8% refere estar desempregado.

A tendência distributiva para a amostra total, mantém-se para os dois grupos, contudo o G. cont tem mais indivíduos empregados o que não nos surpreende se tivermos em conta a idade (escalões mais baixos).

Profissão

Relativamente à variável profissão constatamos, que os participantes com maior valor percentual (38,2%) estiveram ligados à construção civil ou indústria fabril, seguindo-se os que trabalharam na agricultura/atividades domésticas (32,4%). Os restantes em valores percentuais mais baixos (17,6% e 11,8%) distribuem-se por outros grupos profissionais do tipo professorado, enfermagem e funcionários com funções administrativas.

A tendência distributiva verificada na amostra total, mantém-se para o G. exp contudo no G. cont verificamos a totalidade dos administrativos, e percentagens com igual valor (8,8%) nas duas primeiras alternativas.

Tabela 3 – Estatísticas de caracterização socioprofissional da amostra

Variáveis	G.Exp		G. Cont		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com quem Vive						
Só	1	1,9	-	-	1	1,9
Conjuge	23	43,4	18	34,0	41	77,4
Lar	4	7,5	-	-	4	7,5
Filhos/outros Famil.	1	1,9	6	11,3	7	13,2
Situação Laboral						
Empregado	2	3,4	6	10,2	8	13,6
Desempregado	1	1,7	3	5,1	4	6,8
Reformado	32	54,2	15	25,4	47	79,7
Profissão						
Agricult/Domestica	8	23,5	3	8,8	11	32,4
Empreg Fabril/C Civil	10	29,4	3	8,8	13	38,2
Professor/Enfermeiro	4	11,8	-	-	4	11,8
Administrativos	-	-	6	17,6	6	17,6

Fatores de risco

Pareceu-nos importante neste estudo identificar um conjunto de fatores de risco presentes nos indivíduos da amostra: os dados mostram que 53,3% dos participantes não respondeu porque entende não os possuir. No entanto 16,7% refere tabaco e igual valor percentual vários, que engloba (álcool+ tabaco +outros); os que assinalaram a opção álcool, correspondem a 13,3% da amostra total. A análise da mesma variável em função do grupo demonstra claramente que os fatores de risco estão mais presentes no grupo de controle.

Atividade física

A prática de atividade física tem-se revelado em muitos estudos como um fator relevante na prevenção das doenças cardiovasculares: neste sentido questionámos os nossos participantes sobre as suas práticas a este nível: Os resultados permitem-nos verificar que, a maioria (88,3%) dos Doentes vítimas de AVC, responde “não” e apenas (11,7%) assume praticar essa atividade.

Analisando esta variável em função do grupo, constatamos que o G. cont na sua totalidade se posiciona na alternativa de resposta “não”.

Se sim Qual?

Face á questão se sim qual, (apenas relativo ao G. exp) verificamos que 57,1% refere agricultura, 28,6% exercício físico programado (ginásio, hidroginástica, etc...) e 14,3% caminhadas.

Tabela 4 – Estatísticas relativas aos fatores de risco e atividade física da amostra

Variáveis	G.Exp		G. Cont		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fatores de Risco						
Não	26	43,3	6	10,0	32	53,3
Álcool	1	1,7	7	11,7	8	13,3
Tabaco	7	11,7	3	5,0	10	16,7
Vários	2	3,3	8	13,3	10	16,7
Atividade Física						
Sim	7	11,7	-	-	7	11,7
Não	29	48,3	24	40,0	53	88,3
Se sim Qual?						
Agricultura	4	57,1	-	-	4	57,1
Jardinagem	-	-	-	-	-	-
Caminhadas	1	14,3	-	-	1	14,3
Outras (ginásio)	2	28,6	-	-	2	28,6

3.1.2 Secção B - Caracterização da situação clínica dos participantes

O grupo de variáveis que iremos analisar seguidamente, têm por objetivo proceder a uma caracterização e compreensão do quadro clínico dos participantes: os aspetos em foco são o tipo de AVC, a sua localização, realização ou não de trombólise e as doenças associadas.

Tipo de AVC

Quanto à variável tipo de AVC, e de acordo com os dados constantes da tabela 5, constatamos que 85,0% dos indivíduos da amostra total teve um AVC do tipo isquémico, 15,0% do tipo hemorrágico e nenhum caso foi referenciado com HSA.

A tendência distributiva em termos percentuais da amostra total, repete-se na análise dos grupos.

Localização do AVC

Ao analisarmos a variável “localização do AVC” nos Participantes constatamos, que este maioritariamente (50,0%) aconteceu no hemisfério direito; em segundo lugar (41,7%) aparece o hemisfério esquerdo e só em 3º lugar (8,3%) o tronco cerebral (cf. Tabela 5).

Como podemos verificar nesta variável, não existem grandes diferenças entre grupos, em virtude de se manterem valores percentuais equivalentes nos vários níveis de localização.

Primeiro AVC?

Quisemos ainda saber se o AVC de que tinham sido vítimas tinha acontecido pela primeira vez: os dados mostram que para 71,7% foi de facto a primeira vez, contudo para os restantes 28,3% este acontecimento já estava a repetir-se.

A análise da mesma variável por grupos demonstra que as características da distribuição se mantêm em ambos.

Realização de trombólise

Um outro dado que nos pareceu relevante, foi saber se tinham realizado protocolo de trombólise: ao analisarmos esta variável para a amostra total constatamos, que 56,7% referiu não ter efetuado este tratamento, contrariamente a 43,3% que afirma tê-lo feito.

Como podemos verificar, não existem grandes diferenças entre grupos nesta variável contudo o G. exp teve mais elementos a fazer este protocolo de tratamento que o G. cont.

Doenças associadas

Os resultados sobre esta questão permitem-nos verificar que a maioria dos participantes no estudo possuía de facto outras doenças associadas. Assim verificamos que a grande maioria dos doentes (88,3%) sofria de HTA, 35,0% de DM tipo II, 26,7% doenças do foro cardíaco, e 3,3% DM tipo I. De sublinhar que 11,7% referem já ter tido anteriormente AIT.

A análise por grupos, mostra que existe homogeneidade entre eles na distribuição desta variável.

Tabela 5 – Estatísticas de caracterização clínica da amostra

<i>Variáveis</i>	<i>G. Exp</i>		<i>G. Cont</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Tipo de AVC</i>						
<i>Isquémico</i>	33	55,0	18	30,0	51	85,0
<i>Hemorragico</i>	3	5,0	6	10,0	9	15,0
<i>HSA</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Localização</i>						
<i>Hemisfério Dto</i>	18	30,0	12	20,0	30	50,0
<i>Hemisfério Esq</i>	16	26,7	9	15,0	25	41,7
<i>Tronco Cerebral</i>	2	3,3	3	5,0	5	8,3
<i>Primeiro AVC</i>						
<i>Sim</i>	25	41,7	18	30,0	43	71,7
<i>Não</i>	11	18,3	6	10,0	17	28,3
<i>Trombólise</i>						
<i>Sim</i>	17	28,3	9	15,0	26	43,3
<i>Não</i>	19	31,7	15	25,0	34	56,7
<i>Doenças associadas</i>						
<i>Cardíacas</i>	7	11,7	9	15,0	16	26,7
<i>AIT anterior</i>	4	6,7	3	5,0	7	11,7
<i>DM tipo II</i>	15	25,0	6	10,0	21	35,0
<i>DM tipo I</i>	2	3,3	-	-	2	3,3
<i>HTA</i>	29	48,3	24	40,0	53	88,3

3.1.3 Secção C – Caracterização da funcionalidade familiar dos participantes

A terceira parte deste estudo, visa conhecer a perceção dos participantes sobre a funcionalidade da sua família.

A escala de apagar familiar é constituída por cinco questões que permitem quantificar a perceção que o doente tem do funcionamento da sua família. Este instrumento mensura a satisfação de um membro da família, no que respeita à assistência que lhe é prestada pelos demais membros da família (Andrade & Martins, 2011).

O resultado global da escala, obtêm-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e varia entre os valores 0 e 10 pontos. Uma pontuação global de [7 a 10 pontos], sugere uma família “altamente funcional”; de [4 a 6 pontos] uma família com “moderada disfunção” e de [0 a 3 pontos], uma família com “disfunção acentuada”.

Os resultados da tabela 6 mostram que as perceções dos participantes neste estudo são bastante positivas uma vez que nenhum dos elementos acha ter família disfuncional. Assim 50,8% classifica a família como altamente funcional e 49,2% como

moderadamente funcional. os valores percentuais mais elevados nos três grupos estão associadas a famílias moderadamente funcionais. A análise em função dos grupos mostra que o G. cont percebe famílias mais funcionais que o G. exp.

Os valores do Qui-Quadrado demonstram que existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=6,466$; $p=0,011$).

Tabela 6 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar da amostra

Func. Familiar	G. Exp		G. Cont		Total	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	-	-	-	-	-	-
Moderad. Funcional	22	37,3	7	11,9	29	49,2
Altamente Funcional	13	22,0	17	28,8	30	50,8

($X^2=6,466$; $p=0,011$).

3.1.4 Secção D – Caracterização da independência funcional dos participantes

Nesta quarta parte da apresentação dos dados, pretendemos proceder a uma caracterização dos diferentes níveis de independência funcional dos participantes: começaremos por fazer uma apresentação dos resultados da aplicação da escala pelas suas 6 dimensões e seguidamente pelos níveis classificativos dos graus de dependência. Relembremos que quanto maior forem os valores obtidos nas dimensões e total maior será a independência do Indivíduo.

Dimensões da Mif

Os resultados expressos na tabela 7 permitem-nos verificar que os valores mínimos máximos e desvios padrão das diferentes dimensões são similares em ambos os grupos: porém quando analisamos os valores das médias verificamos, que no G. exp são ligeiramente superiores ao nível do controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e comportamento social: o G. cont apresenta melhores valores apenas na dimensão “cuidados pessoais”.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas das dimensões da MIF dos Participantes

Dimensões	G. Exp				G. Cont			
	Min	Max	Med	Dp	Min	Max	Med	Dp
Cuidados pessoais	6	42	18,44	9,74	6	27	18,95	6,47
Controle de esfíncteres	2	14	6,72	4,13	2	9	6,58	2,30
Mobilidade	3	21	9,83	5,11	3	12	9,62	3,30
Locomoção	2	14	6,05	3,33	2	8	5,70	2,15
Comunicação	4	14	8,88	3,99	2	10	7,08	2,55
Comportamento social	3	21	10,69	5,61	3	15	10,00	3,71
Total	21	126	60,63	30,03	18	76	57,95	19,16

Globalmente os melhores desempenhos dos Participantes encontram-se aos níveis da comunicação e comportamento social e ao contrário os piores correspondem à mobilidade.

Analisando as diferenças das médias no total da escala para os dois grupos constatamos que o G. exp (M=60,63) é mais independente em termos funcionais que o G. cont (M=57,95).

Níveis de independência

Os dados expressos na tabela 8 revelam, que a amostra total apresenta dependência modificada com ajuda a 50%, para 50,0% dos indivíduos, seguindo-se, (40,0%) que têm dependência modificada com ajuda a 25% e 5% são totalmente independentes e com igual valor temos os dependentes completos.

A análise por grupos mostra que no grupo experimental não existem dependentes totais e em contrapartida só neste existem 3 indivíduos com independência completa. A dependência modificada com ajuda a 50%, está presente nos dois grupos mas com valores percentuais superiores no G.exp. (32,0%).O G. cont de facto apresenta maior dependência.

Não obstante as diferenças referidas os valores do qui – quadrado revelam a existência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=8,750$; $p=0,033$).

Tabela 8 – Distribuição dos Inquiridos pelos níveis de independência

Grupos Níveis de (in)dependência	G.Exp		G. Cont		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dependência completa	-	-	3	5,0	3	5,0
Dependência modificada (ajuda 50%)	21	35,0	9	15,0	30	50,0
Dependência modificada (ajuda 25%)	12	20,0	12	20,0	24	40,0
Independência completa	3	5,0	-	-	3	5,0

($X^2=8,750$; $p=0,033$)

3.2- Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados passaremos à apresentação e análise inferencial no sentido de procedermos à verificação de hipóteses formuladas.

Previamente à aplicação dos testes, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com Pestana e Gageiro (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à sua aplicação.

Como no caso das nossas subamostras o N é relativamente pequeno e a distribuição das diversas variáveis em estudo revelaram uma distribuição não normal, optou-se pela utilização de testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney).

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: a idade, estado civil, fatores de risco, e habilitações académicas.

H1 – Existe relação entre o género e a Independência funcional dos Participantes

Para verificarmos a influência do género nas dimensões da MIF, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 9, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre homens e mulheres na maioria das dimensões da escala para os dois grupos em estudo, à exceção do comportamento social sendo estas significativas ($p<0,05$) no G. con.

Ao analisarmos o G. exp verificamos pelos valores das ordenações médias, que são os homens, aqueles que apresentam médias mais elevadas nas dimensões, cuidados pessoais, controle de esfíncteres, e comportamento social: já nos na mobilidade e locomoção são as mulheres que apresentam valores superiores.

Os resultados relativos ao G. con. são diferentes uma vez que os homens os que apresentam valores de ordenação média superiores em todas as dimensões.

Assim face aos resultados somos levados a aceitar parcialmente a hipótese formulada afirmando que o género está apenas relacionado com a independência funcional dos participantes no domínio do comportamento social ($p=0,003$).

Tabela 9 – Análise da relação entre sexo e independência funcional dos Participantes

Dimensões	G.Exp				G. Cont			
	Masc OM	Fem OM	U	P	Masc OM	Fem OM	U	P
Cuidados pessoais	19,10	17,75	148,000	0,700	33,20	26,72	343,000	0,152
Controle de esfíncteres	18,88	18,03	152,500	0,808	32,60	27,56	364,000	0,259
Mobilidade	18,48	18,53	159,500	0,987	33,81	25,86	321,500	0,074
Locomoção	18,35	18,69	157,000	0,923	33,70	26,02	325,500	0,089
Comunicação	18,90	18,00	152,000	0,795	33,97	25,64	316,000	0,066
Comportamento social	20,98	15,41	110,500	0,113	36,20	22,52	238,000	0,003

H2 – Existe relação entre a idade e a Independência funcional dos Participantes

De forma a entender a associação entre idade e a independência funcional dos participantes efetuou-se o Teste Kruskal-Wallis. Para o efeito e no sentido de obter grupos com maior homogeneidade recodificámos esta variável em 3 escalões (cf. tabela 10).

Os dados mostram, através dos valores das ordenações médias, que são sempre mais elevados no escalão mais baixo ou seja nos indivíduos com idades entre 50-65 anos nos dois grupos de análise em todas as dimensões.

Apesar disso, somos levados a rejeitar a hipótese formulada ou seja a inferir que neste estudo a idade não está associada aos níveis de independência funcional dos Doentes com AVC, dado não se terem verificado diferenças estatísticas significativas.

Tabela 10 – Análise da relação entre idade e independen. funcional dos Participantes

Grupos Dimensões	G. Exp					G. Cont				
	50 -65 OM	66 -79 OM	≥ 80 OM	χ^2	P	50 -65 OM	66 -79 OM	≥ 80 OM	χ^2	P
Cuidados pessoais	21,40	19,91	13,44	2,899	0,235	40,11	27,53	27,67	5,658	0,059
Controle de esfínteres	21,60	18,84	15,94	1,019	0,601	36,11	27,85	30,73	2,260	0,323
Mobilidade	21,60	19,57	14,17	2,245	0,325	35,57	28,47	29,97	1,709	0,426
Locomoção	20,60	20,32	12,89	3,487	0,175	37,82	27,53	29,80	3,467	0,177
Comunicação	20,20	20,09	13,67	2,626	0,269	31,71	29,66	31,10	0,160	0,923
Comportamento social	20,10	19,86	14,28	1,952	0,377	32,61	28,98	31,67	0,510	0,775

H3 – Existe relação entre o estado civil e a Independência funcional dos Participantes

No sentido de perceber a influência do estado civil sobre os níveis de independência funcional dos Doentes com AVC, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 11, constatou-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) na maioria das dimensões da escala no grupo experimental e no caso do G.cont apenas na locomoção.

Centrando-nos mais uma vez nos valores ordenados das médias verificamos (para o G. exp) que são os participantes solteiros/viúvos aqueles que se apresentam mais independentes aos níveis dos cuidados pessoais, controle dos esfínteres, mobilidade e locomoção, com diferenças estatísticas significativas.

No caso específico do G.cont encontramos também valores medianos superiores nos indivíduos solteiros/viúvos com significância estatística apenas na locomoção.

Perante estes dados somos levados mais uma vez a aceitar parcialmente a hipótese enunciada para as dimensões referidas, infirmo que os participantes solteiros/viúvos apresentam-se mais independentes que os casados.

Tabela 11 – Análise da relação estado civil e independência funcional dos Participantes

Dimensões	G.Exp				G. Cont			
	Cas OM	Sol/Viu OM	U	P	Cas OM	Sol/Viu OM	U	P
Cuidados pessoais	15,28	25,82	57,000	0,005	27,79	37,35	249,00	0,053
Controle de esfíncteres	16,22	23,68	80,500	0,047	20,06	34,15	303,500	0,289
Mobilidade	16,24	23,64	81,000	0,049	29,09	34,06	305,000	0,307
Locomoção	15,44	25,45	61,000	0,008	28,29	36,09	270,500	0,014
Comunicação	16,52	23,00	88,000	0,083	29,30	33,53	314,000	0,393
Comportamento social	17,00	21,91	100,000	0,195	29,51	33,00	323,000	0,483

H4 – Existe Relação entre habilitações académicas e a Independência funcional dos Participantes

Para testar esta hipótese recorreremos mais uma vez ao teste Kruskal-Wallis para verificar se existe associação entre as habilitações e a Independência Funcional de Doentes com AVC.

A tabela 12 mostra, que são os indivíduos com maior escolaridade no G. exp. aqueles que apresenta melhores níveis médios de independência funcional nas diferentes dimensões, exceto locomoção e mobilidade onde os melhores desempenhos se encontram no grupo com escolaridade básica. Contudo só existem diferenças significativas ($p=0.016$) para o comportamento social.

No G. cont não encontramos diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) em nenhuma dimensão, no entanto os valores de ordenação das médias revelam que a independência funcional é superior nos indivíduos com escolaridade básica nas diferentes dimensões, exceto no comportamento social que se mostra superior nos indivíduos com melhores habilitações.

Perante estes dados somos levados mais uma vez a aceitar parcialmente a hipótese enunciada para a dimensão referida, infirmoando que os participantes com maiores habilitações académicas apresentam-se mais independentes que os restantes.

Tabela 12 – Análise da relação entre habilitações académicas e independência funcional dos Participantes

Grupos Dimensões	G.Exp					G. Cont				
	Nula OM	EB OM	ES OM	χ^2	P	Nula OM	EB OM	ES OM	χ^2	P
Cuidados pessoais	9,83	17,36	18,53	3,909	0,142	21,23	27,68	27,10	1,902	0,386
Controle de esfínteres	9,92	17,55	18,37	3,835	0,147	20,47	29,86	26,19	3,212	0,201
Mobilidade	8,75	18,36	18,23	5,169	0,075	20,30	30,39	25,95	3,635	0,162
Locomoção	10,33	18,27	17,67	3,295	0,193	19,03	31,61	26,05	5,560	0,062
Comunicação	10,33	16,45	19,00	3,854	0,146	18,63	29,32	27,86	4,944	0,084
Comportamento social	8,42	14,86	20,93	8,226	0,016	18,27	27,00	29,67	5,598	0,061

H5 – Existe Relação entre a presença de fatores de risco e a Independência funcional dos Participantes

A hipótese 5 pretende confirmar (ou não) se a presença de fatores de risco se relacionam com a independência funcional dos Doentes com AVC: para isso recorreu-se mais uma vez à utilização do Teste U de Mann-Whitney.

Os dados expressos na tabela 13, mostram que não existem diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões da escala para o G. exp.

Já para o G. cont encontramos diferenças estatísticas significativas ao nível das dimensões cuidados pessoais, controle de esfínteres e locomoção.

Esta constatação permite dizer-nos que os indivíduos do G. cont sem fatores de risco são os que se apresentam mais independentes nas dimensões referidas.

Perante estes dados somos levados mais uma vez a aceitar apenas parcialmente a hipótese enunciada para as dimensões referidas.

Tabela 13 – Análise da relação entre presença de fatores de risco e Ind. funcional dos Participantes

Dimensões	G.Exp				G. Cont			
	Não OM	Sim OM	U	P	Não OM	Sim OM	U	P
Cuidados pessoais	4,86	2,00	1,000	0,269	11,95	6,44	15,500	0,027
Controle de esfíncteres	4,86	2,00	1,000	0,242	11,80	6,63	17,000	0,028
Mobilidade	4,93	1,50	0,500	0,174	10,90	7,75	26,000	0,168
Locomoção	4,86	2,00	1,000	0,269	12,05	6,31	14,500	0,021
Comunicação	5,00	1,00	0,000	0,101	10,75	7,94	27,500	0,257
Comportamento social	4,86	2,00	1,000	0,269	10,40	8,38	31,000	0,418

H6 – Existe Relação entre tipo de AVC e a Independência funcional dos Participantes

A hipótese 6 pretende averiguar se o tipo de AVC interfere na independência funcional dos Doentes com esta patologia: para isso recorreu-se à utilização do Teste U de Mann-Whitney.

Os dados expressos na tabela 14, mostram que existem diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões para o G. cont: já no G. exp apenas nas dimensões cuidados pessoais e locomoção.

Face a estes resultados, aceitamos parcialmente a hipótese enunciada para as dimensões referidas e grupos referidos concluindo que são os participantes com AVC do tipo Isquémico são os que se apresentam mais independentes em termos funcionais.

Tabela 14 – Análise da relação entre tipo de AVC e Ind. funcional dos Participantes

Dimensões	G. Exp				G. Cont			
	Isq. OM	Hem. OM	U	P	Isq. OM	Hem. OM	U	P
Cuidados pessoais	19,61	6,33	13,000	0,035	33,30	14,61	86,500	0,003
Controle de esfínteres	19,44	8,17	18,500	0,071	32,61	18,56	122,000	0,023
Mobilidade	19,52	7,33	16,000	0,052	32,60	18,61	122,500	0,023
Locomoção	19,64	6,00	12,000	0,030	33,79	11,83	61,500	0,000
Comunicação	19,12	11,67	29,000	0,232	32,94	16,67	105,000	0,009
Comportamento social	19,32	9,50	22,500	0,120	33,06	16,00	99,000	0,007

H7 – Existe Relação entre realização de trombólise e a Independência funcional dos Participantes

Para avaliar a relevância estatística desta proposição, recorreremos mais uma vez ao Teste U de Mann-Whitney para verificar se existe associação entre a realização de trombólise e a independência funcional dos Doentes com AVC.

Os dados da tabela abaixo mostram que existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) em algumas das dimensões da escala, em ambos os grupos.

Assim no G. exp os indivíduos que fizeram trombólise são os que apresentam maior independência, ao nível dos cuidados pessoais, locomoção e comportamento social.

No G. cont apesar das médias serem superiores em todas as dimensões daqueles que a realizaram apenas na dimensão cuidados pessoais, encontramos diferenças estatísticas significativas ($p=0,024$).

Confrontados com estes dados, somos levados a aceitar parcialmente a hipótese formulada.

Tabela 15 – Análise da relação entre trombólise e Ind. funcional dos Participante

Dimensões	G.Exp				G. Cont			
	Sim OM	Não. OM	U	P	Sim OM	Não OM	U	P
Cuidados pessoais	23,41	14,11	78,000	0,008	36,25	26,10	292,500	0,024
Controle de esfínteres	20,68	16,55	124,500	0,233	32,40	29,04	392,500	0,450
Mobilidade	21,82	15,53	105,000	0,069	32,56	28,93	388,500	0,412
Locomoção	22,88	14,58	87,000	0,017	35,40	26,75	314,500	0,054
Comunicação	21,59	15,74	109,000	0,090	32,67	28,84	385,500	0,394
Comportamento social	22,65	14,79	91,000	0,025	33,00	28,59	377,000	0,330

H8 – Existe Relação entre a funcionalidade familiar e a Independência funcional dos Participantes

Para testar a hipótese acima apresentada, recorreu-se mais uma vez ao teste Kruskal-Wallis.

Os resultados expressos na tabela 16, revelam que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$) entre a funcionalidade familiar percebida e a independência funcional dos participantes no nosso estudo.

Podemos afirmar então e em virtude destes resultados que os níveis de independência funcional encontrados nos Doentes com AVC são independentes das suas percepções sobre a funcionalidade da família.

Não obstante, verificamos pelos valores ordenados das médias que são os Participantes que percebem pertencer a famílias moderadamente funcionais aqueles que se apresentam mais independentes.

Apesar disto, somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que no nosso estudo a percepção dos participantes sobre funcionalidade familiar não se relaciona com a independência funcional.

Tabela 16 – Análise da relação entre funcionalidade familiar e independência funcional dos Participantes

Dimensões \ Grupos	G.Exp				G. Cont			
	Mod. OM	Alt. OM	U	P	Mod. OM	Alt. OM	U	P
Cuidados pessoais	19,32	15,77	114,000	0,317	34,36	25,78	308,500	0,052
Controle de esfínteres	19,55	15,38	109,000	0,238	33,90	26,23	322,000	0,080
Mobilidade	19,73	15,08	105,000	0,188	33,07	27,03	346,000	0,165
Locomoção	19,89	14,81	101,500	0,151	33,26	26,85	340,500	0,147
Comunicação	18,52	17,12	131,500	0,688	31,59	28,47	389,00	0,481
Comportamento social	17,89	18,19	140,500	0,932	31,09	28,95	403,500	0,631

4. Discussão dos Resultados

Este é um capítulo fulcral numa investigação, na medida em que é nesta etapa que é realizada a discussão e a subsequente interpretação dos dados apresentados na etapa anterior, sendo que a tónica é contudo colocada nos que são mais significativos procurando correlaciona-los com a argumentação teórica.

É ainda de salientar, que o estudo procura reconhecer as principais dificuldades que revestem um doente com a alteração da sua independência funcional, derivado da doença, no regresso ao seu quotidiano social e familiar.

Assim, a presente discussão de resultados terá o seu ponto de partida de acordo com as variáveis escolhidas, bem como pelas hipóteses analisadas. Desta forma, será realizada uma associação entre a variável dependente – Independência funcional em doentes com episódio de AVC – e as variáveis independentes (Sociodemográficas, Situação Clínica, Funcionalidade Familiar, Independência).

4.1 Discussão de Resultados das Variáveis Sociodemográficas

No que diz respeito á caracterização sociodemográfica dos participantes, constata-se que na amostra total a idade mínima situa-se nos 50 anos e a máxima nos 88 anos, com uma média de 72,75 anos. Tendo em conta a análise através dos grupos, verifica-se que a média de idades é superior no grupo experimental 74,08, fazendo com que seja um pouco superior à do grupo de controlo 70,75. Outrossim, diz respeito à distribuição dos indivíduos vítimas de AVC por grupos etários, mostrando que o escalão etário mais representativo se encontra entre os 66-79 anos. No que concerne ao género, existe uma diferença clara, sendo os homens o grupo mais representativo com (58,3%) seguindo-se as mulheres com 41,7%.

Posto isto, a variável idade vai ao encontro dos dados apresentados pelo (INE 2009), que mostram que a esperança média de vida da população portuguesa se encontra nos 78,8 anos. No entanto os mesmos dados, demonstram que no que concerne à longevidade, esta não se efetua da mesma forma nos géneros, sendo atribuída uma tendência de maior durabilidade às mulheres, (6 anos), ou seja, em média, estas podem atingir os 81, 80 anos, ficando os homens pelos 75,80 anos.

De acordo com Andrade (2009), a partir da quarta idade, ou seja, 85 anos, o individuo tende a enfrentar mudanças de diversas formas, sendo as mais significativas as que ocorrem a nível biológico que acabam por ser responsáveis pela diminuição da capacidade funcional do

indivíduo. Assim, a idade faz com que as dificuldades sejam cada vez maiores, fazendo com que a própria independência funcional diminuía de forma bastante significativa. (Branco et al, 2001; Koukouli et al, 2002; Rosa et al, 2003; Martins, 2004;).

Contudo o presente estudo mostra que a idade não está associada aos níveis de independência funcional dos doentes com AVC, dado não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas. Ainda respeitante ao fator idade, Philipps (2003) & Portugal (2009), afirma que no sexo masculino existe uma preponderância maior à ocorrência de AVC. O aumento do risco de AVC, tende a também a ser maior consoante o aumento da idade, visto que este tende a verificar-se mais a partir dos 65 anos de idade, sendo pontuais os casos em que se manifesta antes dos 55 anos (Phipps, 2003).

De acordo com os dados do presente estudo, a faixa etária mais representativa é a dos 66-79 anos, apesar de a amostra se situar num mínimo de 50 anos e a máxima nos 88 anos, demonstrando assim, que esta doença tende a verificar-se cada vez mais cedo. São vários os fatores que podem estar na causa da ocorrência do AVC, desde logo, o estilo de vida cada vez mais sedentário que caracteriza as sociedades modernas; falta de cuidados na alimentação, ou seja, dietas ricas em gordura que conduzem ao aumento da obesidade e de doenças do foro coronário, diabetes, hipertensão e AVC, entre outros (Portugal, 2009).

O inquérito nacional de saúde corrobora esta explanação, na medida em que o número de indivíduos que sofreram esta patologia nos anos de 2005/2006, já ascendia aos 16729, nas faixas etárias entre os 45 e os 54 anos.

No que diz respeito ao estado civil dos participantes, estes são na sua grande maioria casados, com (71,7%) seguindo-se os viúvos (20,0%) e apenas (8,3%) tem estado civil solteiro. Analisando o estado civil em função do grupo, constatamos que a distribuição se faz com algumas diferenças: assim constatamos que em ambos os grupos os indivíduos casados estão em maior nº, os viúvos com iguais valores percentuais (10,0%) e no G. cont não existem solteiros. Estes dados, corroboram os estudos de Leite (2005), quando afirma que a maioria da população portuguesa no ano de 2003 detinha como estado civil casado.

No que diz respeito às habilitações literárias, as diferenças não são significativas entre os grupos. A grande maioria possui uma escolaridade considerada básica, com 48,3%, seguidamente 25,0% possui habilitações nulas ou seja analfabetismo e só 6,7% possuem habilitações de nível superior. De facto as habilitações literárias são baixas, podendo este fator ser um contributo para o agravamento de determinadas situações que se despoletam ao longo

da vida; destacamos o surgimento de problemas de saúde e conseqüente agravamento dos mesmos, devido ao fato de não haver acesso a muita informação sobre a promoção da saúde no seu percurso vivencial, como é o caso da adoção de estilos de vida saudáveis. Estes fatores podem também repercutir numa resistência dos indivíduos ao próprio tratamento (Marques et al. 2006). Estamos perante um grupo que se caracteriza por uma escolaridade baixa, e de acordo com o pensamento de Cunha et al, (2007) & Burnay, (2011), quanto maior forem os níveis de escolaridade, maiores são também os níveis de independência funcional. Os mesmos autores, alertam ainda que associado aos baixos níveis de escolaridade e, em conseqüência, socioeconómicos, está também o índice de envelhecimento que caracteriza mais o público feminino, pois quanto maiores forem os graus, quer educacionais e económicos, mais elevado será o impacto positivo que estes fatores têm num percurso vivencial e de envelhecimento que se deseja salutar.

4.2 Discussão de Resultados das Variáveis Clínicas

Relativamente às variáveis clínicas, constata-se que 85,0% dos indivíduos da amostra total teve um AVC do tipo isquémico, 15,0% do tipo hemorrágico e nenhum caso foi referenciado com HSA. Estes resultados, vão ao encontro do estudo de Ferro (2006), que apresenta uma estimativa de cerca de 85% dos casos de AVC sendo estes de origem isquémica, surgindo o de natureza hemorrágica em apenas 15% dos casos.

Ao nível da variável “ localização do AVC” consta-se, que este maioritariamente (50,0%) aconteceu no hemisfério direito; em segundo lugar (41,7%) aparece o hemisfério esquerdo e só em 3º lugar (8,3%) o tronco cerebral. Contudo estes dados contrapõem a teoria de Ventura (2002), na medida em que nos seus estudos a maioria dos casos de AVC acontecia no hemisfério esquerdo (51%), logo seguido pelo hemisfério direito com 49% dos casos.

Quanto aos episódios de AVC de que tinham sido vítimas, 71,7% teve-o a primeira vez, contudo, para os restantes 28,3%, é uma situação repetida. Já no âmbito das doenças associadas, a maioria dos participantes possuía, outras doenças associadas. Note-se que a grande maioria dos doentes (88,3%) sofria de HTA, 35,0% de DM tipo II, 26,7% doenças do foro cardíaco, e 3,3% DM tipo I. De sublinhar que 11,7% referem já ter tido anteriormente AIT.

Tal como Branco e Santos (2010) referiram no seu estudo a hipertensão arterial (HTA) é um dos principais problemas nos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente mil milhões de indivíduos em todo o mundo. Prevê-se que, no futuro, a sua prevalência vá

aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes. Os mesmos autores referem que existe uma relação direta entre os valores de pressão arterial e o risco de doença cardiovascular, ou seja, quanto mais elevada a pressão arterial maior a probabilidade de ocorrência de problemas cardíacos, renais, e cerebrovasculares.

Estas observações estão contudo de acordo com os dados da DGS (2006), na medida em que ressalvam que o predomínio da ocorrência de AVC tem tendência a aumentar com a idade, tornando-se uma das causas mais graves no que concerne quer à incapacitação, quer à mortalidade no contexto de Portugal e da União Europeia.

No entendimento da American Heart Association (2011), a trombólise afigura-se como o tratamento preferencial quando se está perante um AVC isquémico. Contudo este entendimento não está refletido nos nossos resultados uma vez que a maioria (56,7%) dos participantes não realizou protocolo de trombólise, e apenas 43,3% efetuou este tratamento.

Preto et al. (2011), destacam também os benefícios deste tratamento, ao demonstrar que do conjunto de doentes que realizou trombólise, apenas um não apresentou uma evolução positiva. No entanto, nem todos os autores sustentam e defendem a mesma teoria, pois mesmo a American Heart Association, (2011), apesar de apontar a trombólise como o tratamento de eleição para os doentes que sofreram AVC isquémico, dizem-nos que a prevenção do mesmo continua a ser a melhor abordagem para reduzir as suas consequências.

4.3 Discussão de Resultados das Variáveis de Funcionalidade Familiar

Ao nível da funcionalidade familiar procurámos perceber o grau de satisfação de um membro da família, no que respeita à assistência que lhe é prestada pelos demais membros. Com efeito os resultados mostram que as perceções dos participantes neste estudo são bastante positivas uma vez que nenhum dos elementos acha ter família disfuncional. Constatamos que 50,8% classifica a família como altamente funcional e 49,2% como moderadamente funcional. Os valores percentuais mais elevados nos três grupos estão, associadas a famílias moderadamente funcionais. A análise em função dos grupos mostra que o G. cont percebe famílias mais funcionais que o G. exp.

Corroboramos Petronilho (2007) quando afirma que a família continua a ser o pilar principal no apoio a pessoas que se encontrem numa situação de doença e/ou já com idade bastante avançada, sendo esta um agente ativo na preservação da vida e da dignificação que todo o ser humano merece.

Na mesma linha de pensamento, autores como Leitão e Freitas (2007), defendem que a institucionalização do doente deverá ser vista como a ultima alternativa, salvo se não existir mais nenhuma opção. O meio em que o doente se insere continua a ser aquele em que este sente segurança e familiaridade, podendo funcionar também como uma potencial alavanca no processo de reabilitação e recuperação de autonomia.

4.4 Discussão dos Resultados da Variável Independência Funcional

A independência funcional, avaliada no nosso estudo mostra que o G.exp é aquele que apresenta valores mais positivos: estes ganhos localizam-se essencialmente ao nível do controlo de esfíncteres, da mobilidade, da locomoção, da comunicação e do comportamento social: já o G. cont apresenta melhores performances apenas na dimensão “cuidados pessoais” e menores em todas as outras.

Considerando as diferentes dimensões da Independência funcional na amostra total os melhores desempenhos estão associados á comunicação e ao comportamento social, e em oposição, os piores desempenhos manifestam-se ao nível da mobilidade.

A análise classificativa do grau de dependência, mostra que 50% da amostra total apresenta dependência modificada com ajuda a 50%, seguindo-se, (40,0%) que têm dependência modificada com ajuda a 25% e 5% são totalmente independentes e com igual valor temos os dependentes completos.

A análise por grupos mostra que no grupo experimental não existem dependentes totais e em contrapartida só neste existem 3 indivíduos com independência completa. A dependência modificada com ajuda a 50%, está presente nos dois grupos mas com valores percentuais superiores no G. exp. (32,0%). O G. cont de facto apresenta maior dependência, sendo as diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($p=0,033$)

Em nossa opinião a justificação para estas diferenças entre G. exp. e G. cont prende-se com os benefícios dos processos de reabilitação. Este deve iniciar no hospital, e continuar-se no pós alta dado que o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre o enfermeiro de reabilitação e o utente. Este processo é único e pessoal e deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo de independência funcional.

Estudos realizados por Branco et al, (2001); Koukouli et al, (2002); Rosa et al, (2003); e Martins, (2004); têm revelado possíveis diferenças entre os doentes que fazem ou não reabilitação no que concerne aos níveis de dependência funcional. Os autores supracitados

salientam que os que fazem apresentam níveis de independência superiores sendo as mulheres as que registam níveis superiores de dependência funcional, duas vezes mais.

Similarmente, constata-se que o período de internamento é fundamental para uma significativa melhoria na vertente da independência funcional, o que vem demonstrar a importância dos programas de reabilitação. Cunha et al. (2007), reforça a importância que o enfermeiro assume no processo de reabilitação do doente, tanto pelos conhecimentos técnicos e científicos que possui, mas também pela qualidade do tempo e dos cuidados permanentes que mantém junto do doente aquando da sua institucionalização.

Os programas de reabilitação são assim, uma medida fundamental na recuperação do individuo nas mais variadas esferas, quer sejam de âmbito intelectual, físico, psicológico ou ainda social.

Face ao exposto e aos resultados da nossa investigação, podemos inferir que a reabilitação se constitui fator essencial nos doentes que sofreram um quadro de AVC, pois é através dela que podem reaprender, alternativas para realizar as tarefas do seu dia-a-dia, conseguindo ao mesmo tempo colmatar eventuais falhas de disfunções resultantes da doença. Estes aspetos, em nossa opinião, são fundamentais e vão ao encontro do estudo realizado, na medida em que a dependência modificada, com ajuda a 50% está presente nos dois grupos mas com valores percentuais superiores no G.exp. (32,0%).

Cruz e Diogo (2009) enfatizam igualmente os aspetos até aqui debatidos, afirmando que as consequências de um AVC – aos níveis emocionais, cognitivos, sociais e motoras – são as grandes responsáveis pela falta, ou pela dificuldade de exercer autonomia nos doentes. Paralelamente, Teles e Gusmão (2010), alertam sobretudo para os problemas existentes ao nível da cognição e da própria sensibilidade.

Já Astrom et al. (1992) cit in. Martins (2006), demonstram que os doentes no primeiro ano após a ocorrência de um episódio de AVC, dificilmente conseguiram recuperar a sua antiga rotina, no que diz respeito por exemplo às atividades de lazer. Outros estudos, como é o caso de Cancela (2008), referem que apenas um número reduzido de indivíduos que sofreram um quadro de AVC, conseguem regressar às suas atividades do quotidiano, visto terem ficado com sequelas quer sejam de ordem física e/ou cognitiva.

5. Conclusões

O crescente aumento da esperança média de vida, verificado na sociedade actual é na verdade indiscutível: contudo este facto faz com que o aumento da dependência, fruto das limitações da idade do sujeito, seja uma realidade, levando os indivíduos a recorrer frequentemente a prestadores de cuidados – familiares ou profissionais de saúde.

Num processo de recuperação de autonomia fruto de um quadro de AVC, é fundamental que o individuo tenha um plano de recuperação de cuidados continuados, afigurando-se como essencial o apoio e acompanhamento do Enfermeiro de Reabilitação no sentido de conseguir fazer face aos problemas presentes. Este acompanhamento pode ser revestido de formação e de apoio, que é facultado pelo profissional de saúde, tanto ao doente como à família e constitui-se como um auxílio que promove competências de educação e acompanhamento neste novo processo vivencial, tanto no decorrer da hospitalização, como no momento em que o sujeito volta ao seu quotidiano (Baia,2010).

O presente estudo, procurou identificar as principais dificuldades que os doentes enfrentam no momento em que vivenciam processos de alteração da independência funcional, sendo também nossa preocupação, identificar os benefícios advindos, da reabilitação, funcionamento de redes de apoio no momento em que este volta ao seu dia a dia, e ainda até que ponto alguns fatores são influenciadores no aumento ou na diminuição da independência funcional do doente.

Assim, e em jeito de síntese dos resultados diremos, que em termos de caracterização sociodemográfica, participaram no estudo 60 doentes pós AVC, sendo que 36 pertenciam ao grupo experimental e 24 ao grupo de controlo. A idade média da amostra total é de 72,75 anos. No que se concerne ao género os homens constituem o grupo com maior representatividade percentual (58,3%) seguindo-se as mulheres com 41,7%. Em relação ao estado civil a maioria (71,7%) dos participantes, integra a alternativa “casado”, seguindo-se os viúvos (20,0%) e apenas 8,3% tem estado civil solteiro. Relativamente às habilitações académicas dos participantes constatamos, que 48,3% possui escolaridade básica, 25,0% tem habilitações nulas ou seja analfabetismo e só 6,7% possuem habilitações de nível superior. No entanto, existem algumas diferenças na habilitação académica em função do grupo, uma vez que o G. exp possuiu níveis de escolaridade superior ao G. cont.

Relativamente à situação laboral, 79,7% dos indivíduos estão já reformados, o que era previsível se considerarmos a média de idades apresentada. Temos ainda 13,6% da amostra

que está em situação de “empregado “ e apenas 6,8% refere estar desempregado. A tendência distributiva para a amostra total, mantém-se para os dois grupos, contudo o G. cont tem mais indivíduos empregados o que não nos surpreende se tivermos em conta a idade (escalões mais baixos).

Ao nível da profissão, a maioria dos participantes (38,2%) estiveram ligados à construção civil ou indústria fabril, seguindo-se os que trabalharam na agricultura/atividades domésticas (32,4%). Os restantes em valores percentuais mais baixos (17,6% e 11,8%) distribuem-se por outros grupos profissionais do tipo professorado, enfermagem e funcionários com funções administrativas. A tendência distributiva verificada na amostra total, mantém-se para o G. exp contudo no G. cont verificamos a totalidade dos administrativos, e percentagens com igual valor (8,8%) nas duas primeiras alternativas.

No que diz respeito aos fatores de risco, os dados mostram que 53,3% dos participantes não tem perceção de os possuir, no entanto os que os assumem referem sobretudo álcool, tabaco, e outros. A análise da mesma variável em função do grupo demonstra claramente que os fatores de risco estão mais presentes no grupo de controle que no grupo experimental.

Relativamente à prática de atividade física a maioria (88,3%) não a pratica, sendo esta, superior no G. exp. Na descrição das práticas são referenciadas a agricultura, o exercício físico programado (ginásio, hidroginástica, etc...) e as caminhadas.

Clinicamente, 85% dos indivíduos da amostra total teve um AVC do tipo isquémico, 15,0% do tipo hemorrágico e nenhum caso foi referenciado com HSA. A tendência distributiva em termos percentuais da amostra total, repete-se na análise dos grupos.

De referenciar ainda que para 71,7% dos participantes o AVC ocorreu apenas uma vez, contudo, para os restantes 28,3%, esse quadro é repetido. Na mesma medida, 56,7% referiu não ter efetuado protocolo de trombólise, contrariamente a 43,3% que afirma tê-lo feito. Como podemos verificar, não existem grandes diferenças entre grupos nesta variável contudo o G. exp teve mais elementos a fazer este protocolo de tratamento que o G. cont.

Nas doenças associadas a grande maioria dos doentes (88,3%) sofria de HTA, 35,0% de DM tipo II, 26,7% doenças do foro cardíaco, e 3,3% DM tipo I, A análise por grupos, mostra que existe homogeneidade entre eles na distribuição desta variável. De sublinhar que 11,7% dos doentes referiram já ter tido anteriormente AIT.

Ao nível da funcionalidade familiar 50,8% dos participantes perceciona famílias

altamente funcionais e 49,2% como moderadamente funcionais. A análise em função dos grupos mostra genericamente que o G. cont percebe famílias mais funcionais que o G. exp.

No que concerne aos níveis de independência funcional da amostra total verificamos que:

- 50% dos doentes apresenta dependência modificada com ajuda a 50%,
- 40% dependência modificada com ajuda a 25%
- 5% são totalmente independentes
- 5% apresentam dependência completa

A análise por grupos mostra que o grupo experimental é mais independente que o grupo de controle, uma vez que não existem dependentes totais e em contrapartida só neste existem 3 indivíduos com independência completa. A dependência modificada com ajuda a 50%, está presente nos dois grupos mas com valores percentuais superiores no G.exp. (32,0%). Centrando-nos apenas no valor total da escala (e não por níveis classificativos) constatamos que o G. exp (M=60,63) é mais independente em termos funcionais que o G. cont (M=57,95).

As correlações estabelecidas entre variáveis, dão-nos as seguintes informações:

- não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre homens e mulheres na maioria das dimensões da escala para os dois grupos em estudo, à exceção do comportamento social no G. cont onde os homens são mais independentes.

- os participantes solteiros/viúvos do G. exp apresentam-se mais independentes aos níveis dos cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade e locomoção, ($p < 0.05$). No G. cont são também os indivíduos solteiros/viúvos mais independentes mas apenas na locomoção.

- os indivíduos com maior escolaridade no G. exp. apresentam melhores níveis médios de independência funcional nas diferentes dimensões, contudo só existem diferenças significativas ($p = 0.016$) para o comportamento social. Já no G. cont não encontramos diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) em nenhuma dimensão.

- não existem diferenças estatísticas significativas em nenhuma dimensão da escala para o G. exp. Já os indivíduos do G. cont sem fatores de risco são os que se apresentam mais independentes nas dimensões cuidados pessoais, controle de esfíncteres e locomoção.

- o tipo de AVC correlaciona-se significativamente com todas as dimensões da independência funcional no G. cont: já no G. exp apenas nas dimensões cuidados pessoais e locomoção. A independência é maior nos indivíduos com AVC isquémico.

- os indivíduos que fizeram trombólise no G. exp são os que apresentam maior independência, ao nível dos cuidados pessoais, locomoção e comportamento social. No G. cont apenas na dimensão cuidados pessoais.

De modo inverso, a idade e as habilitações académicas e a funcionalidade familiar dos Doentes com AVC mostraram não se correlacionar com a independência funcional.

Conscientes da preocupação que hoje em dia existe com o aumento da longevidade e dos fatores de risco de doenças como o AVC, é necessário que exista uma preocupação igualmente crescente com a manutenção da capacidade e independência funcional dos indivíduos, onde a reabilitação estruturada e continuada como competências dos enfermeiros de reabilitação tem um papel fundamental. O nosso estudo reforça este paradigma pois o grupo experimental apresenta claramente maior independência que o grupo de controle.

O AVC é uma patologia que pode ser evitável. Os fatores de risco e os comportamentos relacionados com a doença vascular cerebral são conhecidos e a sua prevenção possível. Neste sentido é igualmente fundamental reconhecer precocemente o risco, agir a nível preventivo e identificar situações prevenindo na primeira hora as suas sequelas. A HTA, a diabetes mellitus, as doenças cardíacas e dislipidemias devem ser diagnosticadas, tratadas e controladas devidamente. O tabagismo deve ser evitado, a dieta deve ser ponderada e saudável, o exercício físico deve ser fomentado e mantido, o peso deve ser equilibrado e a obesidade e o sedentarismo devem ser combatidos. Em todos estes aspetos os enfermeiros de reabilitação e sobretudo ao nível da saúde comunitária como é o nosso caso, podem contribuir com os seus saberes na educação para a saúde da população em geral, implementando medidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Fomentar o envelhecimento saudável através de sessões educativas, de modo a promover a autonomia pelo maior tempo possível, permitindo ao utente continuar a viver na própria casa e na sua comunidade é um repto que hoje se nos coloca. Também a necessidade de um maior apoio das instituições de carácter social às famílias de idosos incapacitados, de modo a garantir a sua qualidade de vida, independência e autonomia, indicativos de envelhecimento saudável e bem-sucedido;

A potenciação de uma rede de apoio informal (família, amigos e vizinhos) e formal

(apoio institucional) que procure solucionar/minimizar estes problemas através de estratégias integradas (inter-institucional e multi-sectorial) com vista à prevenção de autonomia do idoso é um caminho onde os enfermeiros em geral e os de reabilitação em particular têm um grande campo de ação.

Referências Bibliográficas:

Amaral, M., Cunha, C., Martins, T., Monteiro, E., Ribeiro, G. (2007) *A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos* (Trabalho de Investigação realizado no I curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) Instituto Politécnico de Viseu.

American Stroke Association (2011) Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*; 42:pp.517-584

Andrade, F. M. M. (2009) *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

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

Asplund K., & Astrom, M. (1992) Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, (23):527-31.

Azeredo, Z.; Matos, E. (1998). Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*. 2(20), pp. 28-30.

Baia, P.R. (2014) *Doente com AVC: Dificuldades da família* (Projecto de Graduação). Faculdade de Ciências da Saúde, Porto. Acedido em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf

Barreca,S., Wolf, S.L., & Fasalis, B. R. (2003) Treatment interventions for paretic upperlimb of stroke survivors:a critical review. *Neurorehabilitation and neural repair*.17, pp.220-6

Bobath, B. (2001). *Hemiplégia em adultos: Avaliação e tratamento*. São Paulo.

Branco, M. J., Dias, C. M., & Nogueira, P. J. (2001) *MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: ONSA.

Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Brink, C. L. (2004). Effect of widowhood on disability onset in elderly men from three European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (3), pp. 353-358. Acedido em <http://www.blackwell-synergy.com>.

Burnay, R.M.P.P (2011) *A passagem à reforma* (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Cancela, D. (2008). *O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação*. Universidade do Porto.

Carvalhido, T., & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*.6, pp. 140-150.

Chumney, D. (2010) Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47 (1), pp.17-30.

Centro Colaborador Da Organização Mundial Da Saúde Para a Família de Classificações Internacionais (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Coelho, R.M.A. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral* (Trabalho de Mestrado em Enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Saúde de Viseu.

Costa, A. R. (2006) – *Qualidade de Vida no Deficiente Motor com Lesão Medular Traumática* (Trabalho de investigação de final de curso). Escola Superior de Saúde de Viseu.

Cunha, G., Martins, M., Oliveira, F., & Sousa, R. (2007). *Estatística Aplicada as Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lidel.

Diogo, M.J.D. (2000). *O papel da enfermeira na reabilitação do idoso*. Latino-enfermagem.

Duca, G. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*. Nº 43, pp. 796-805.

European Stroke Initiative (2003) *AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento*. Acedido em: [www:<http://www.eusistroke.com/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf>](http://www.eusistroke.com/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf).

Farias, N., & Buchalla, C.M. (2005) A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*. 8, (2), pp.187-192. Acedido em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>

Ferreira, C. (2006). *Factores de risco para acidentes vasculares cerebrais*. Consultado em [http://www.spavc.org/Imgs/contente/page 104/FRV para AVC.pdf](http://www.spavc.org/Imgs/contente/page%20104/FRV%20para%20AVC.pdf)

Ferro, J. M., & Pimentel, J. (2006) *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Ferro, J.M., & Verdelho, A. (2000). Epidemiologia, Factores de risco e Prevenção primária do AVC- in *Pathos: Formação Médica Contínua em cuidados de Saúde Primários*, Ano XVI (7).

Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociencia.

Fortin, M-F., (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, J. M. N. F., & Leitão, M. C. (2007) *Apoio Domiciliário Interdisciplinar Integrado* (Relatório de Dissertação). Universidade Atlântica da Madeira.

Gonçalves, A.F., & Cardoso, S.M. (1997). Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Médica Portuguesa*. 10, pp.543-550.

Greve, J. (2007) *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Roca.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi.

Harris, J. E., & Eng, J. J. (2007). Paretic Upper-Limb Strength Best Explains Arm Activity in People With Stroke. *Physical Therapy*, 87 (1), 88-97.

Hébert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community dwelling population. *American Journal of Epidemiology*. 150, (5), pp. 501-510. Acedido em <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/150/5/501>

Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociências.

Hesbeen, W. (2003) *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000) *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.

Koukoulis, S.; Philalithis, A. & Vlachoniolis, I. G. (2002) Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv. Res*, 2 (20).

Johnstone, M. (1979). *Enfermagem de Reabilitação*. Loures: Editora Lusociência.

Leite, V. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico - motora. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo. 39, (1), pp. 92-96.

Lima-Costa, M. F., Barreto, S.M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicação da população idosa brasileira: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*.

Loureiro, M. (2007). As atividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. *Geriatrics*. Lisboa. 3, (15), pp. 50-58.

Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: Fundamentos Para a Reabilitação*. Elsevier Editora Ltda.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Kusumota, L., Marques, S., & Rodrigues, R.A.P. (2006) O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14, (3) pp. 1-8. Acedido em [URL:www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>.

Leal, F. L. (2001). Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In Padilha, J [et al.] *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.

Lee, C., Folsom, A. R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. *Stroke*, 34, pp. 2475-2481.

Martins, M. (2002) *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Edições Formasau.

Martins, R. M. L (2004) *Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu* (Dissertação de Doutoramento). Universidade da Extremadura.

Martins, R. (2006). *A especial importância do AVC para a população portuguesa*. Acedido em <http://www.spavc.org/Imgs/contente/article-42/spmai.pdf>.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral, Qualidade de vida e bem-estar*. Coimbra: Formasau

Mendes, L. M. D.; & Ribeiro, S. I. D. (2007). *A reabilitação no processo de cuidados de Enfermagem*. Nursing.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas: Papirus.

Netto; M. P. (2002). O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In Freitas, Elizabete Viana *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Oliveira, C. (2003) O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem* 31/32, 2ª série Lisboa: Associação Portuguesa Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens*. Secretariado nacional de reabilitação. Lisboa: Ministério do emprego e da segurança social.

Pang, M. Y.; Harris, J. E., & Eng, J. J. (2006). A Community-Based UpperExtremity Group Exercise Program Improves Motor Function and Performance of Functional Activities in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, pp. 1-9.

Pereira, S.R.M. (2003). *Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fracturas do fémur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Editora Formasau.

Phipps, W. J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica (Conceitos e Prática Clínica)*. Lusociência.

Polit, D. F, Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.

Portugal, Assembleia da República. *Lei n.º 9/89: "Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência"*. In Diário da República Série I, Pág. 1796-1799 (02 de Maio 1989).

Portugal, Direcção-Geral da Saúde (2004). *Circular Normativa – Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial, N.º 2/DGCG*.

Portugal, Direcção geral da saúde. (2009) Risco de morrer em Portugal: Inquérito nacional de saúde. 2005/2006. Lisboa: DGS.

Portugal, INE (2002) *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Acedido em <<http://www.ine.pt>>.

Portugal, INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 31, pp.185-208. Acedido em <<http://www.ine.pt>>.

Portugal. Ministério da Saúde (2007) Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares - Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Lisboa: ACS.

Portugal, Ministério de Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. (2001) *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Preto, L. (2011). Trombólise no acidente vascular cerebral isquémico. Eficácia e critérios de inclusão/exclusão numa amostra de doentes. *Saúde & Tecnologia Suplemento*. VI Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 20 a 23 de Outubro

Riberto, M., Miyazaki M. H., & Jucá, S. S. H. (2004).Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*, 11(2), pp. 72-76.

Rosa, T. E. C. (2003) Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), pp. 40-48.

Ryerson, S. D. (2009). Hemiplegia. In Umphred, D. A. *Reabilitação Neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier, pp.769-811.

Saliba, V. A., Júnior, I. P. C., Faria, C. D. C. M., & Salmela, L. F. T. (2008). Propriedades Psicométricas da Motor Activity Log: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Fisioter Mov*, 21 (3), 59-67.

Shirley, P. (2002) *Enfermagem de reabilitação - Processo e aplicação*. Lusociência.

Sousa, L.; Galante, H., & Figueiredo, D, (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de saúde Pública*, 37 (3), pp.364-371. Acedido em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>>.

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

Torres, F. S.(1999) Perfil del paciente hemipléjico candidato a intervencion social precoz. *Rehabilitacion*, 33 (5), pp.310-315.

Ventura, M.C.A.A. (2002, Novembro) Independência funcional em doentes com AVC : influência do hemisfério afetado. *Referência*, N.º 9, pp. 31-40.

Veras R. (2002) *Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumara.

Yuaso, D. R. (2003). Screening para avaliação de independência. *Gerontologia*, 11, pp.26- 30.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados



ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professora Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR:

CURSO: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

NOTA DE ESCLARECIMENTO

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

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

Obrigado pela sua colaboração

P'la Equipa de Investigação

Sonia Girão e Rosa Martins

ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

DATA DA COLHEITA DE DADOS

____ / ____ / ____

CÓDIGO DO QUESTIONÁRIO

SECÇÃO A – Caracterização Sócio – Demográfica

idade__

Sexo M__ F__

Estado Civil Solteiro__ Casado__ Outro__ Qual?_____

Com quem vive Só__ Conjuge__ Lar__ Outro__ Qual?_____

Factores de Risco Álcool__ Tabaco__ Álcool + 300 cc__ Outro__

Situação Laboral Empregado__ Desempregado__ Reformado__

Profissão _____

Actividade Física S__ N__

Se sim. Agricultura__ Jardinagem__ Caminhadas__ Outro__ Qual?_____

Reabilitação S__ N__

Habilitações literárias:

- Nulas
- Menos de 4 anos de escolaridade
- 4 anos de escolaridade (4ª classe)
- 4-6 anos de escolaridade
- 7-9 anos de escolaridade
- 10-12 anos de escolaridade
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

SECÇÃO B – Variáveis Clínicas

Tipo de AVC Isquémico__ Hemorrágico__ HSA__

Localização da lesão Hemisfério direito__ Hemisfério Esquerdo__ Tronco cerebral__

É a primeira vez que ocorre AVC? Sim__ Não__

Realização de tromb Sim__ Não__

Doenças Associadas Doença cardíaca__ AIT anterior__ DM tipo II__ DM tipo I__

HTA__

SECÇÃO C – Funcionalidade Familiar ESCALA DE APGAR FAMILIAR

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

SECÇÃO D – Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	Independência	Sem Ajuda
	7. Independência completa 6. Independência modificada	
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Ajuda Mínima (sujeito=75%) 3. Ajuda Moderada (sujeito=50%)	Com Ajuda
	Dependência completa 2. Ajuda Máxima (sujeito=25%) 1. Ajuda Total (sujeito 0%)	

Cuidados Pessoais
A. Alimentação B. Cuidados com a aparência exterior C. WC D. Habilidade para vestir a parte superior do corpo E. Habilidade para vestir a parte inferior do corpo F. Utilização do wc
Controlo de esfíncteres
G. Controlo da Bexiga H. Controlo de fezes
Mobilidade (Transferência)
I. Transferência do leito, da cadeira, da cadeira de rodas J. Transferência para a sanita K. Transferência para a banheira ou chuveiro
Locomoção
L. Deambulação sobre o plano horizontal M. Escadas
Comunicação
N. Compreensão O. Expressão
Comportamento Social
P. Interação Social Q. Resolução de problemas R. Memória

ANEXO II – Autorização para efetuar colheita de dados

