

AGRADECIMENTOS

Quando realizamos um trabalho de investigação vários são os contributos que nos são prestados e muitas as pessoas a quem ficamos profundamente gratos. De entre todas as ajudas recebidas não posso deixar de agradecer:

À Professora Doutora Rosa Martins, pois sem a sua preciosa orientação todo este trabalho teria sido improfícuo e, por isso, estou-lhe profundamente grata. Pelo apoio e disponibilidade prestados, por contribuir para o desenvolvimento da minha formação e pelas palavras amigas, o meu muito obrigada.

A todos os idosos que se disponibilizaram a participar do estudo, sem os quais não teria sido possível a concretização deste estudo.

RESUMO

A *Dependência Funcional dos Idosos Pós Acidente Vascular Cerebral* tem consequências físicas e emocionais, comprometedoras da capacidade funcional, da independência e da autonomia, podendo igualmente ter efeitos sociais e económicos que invadem todos os aspectos da sua vida.

Assim este estudo de carácter quantitativo, transversal, descritivo e correlacional foi objectivado no sentido de caracteriza o idoso pós AVC, identificar a sua funcionalidade familiar; variáveis relacionadas com a sua saúde (através de variáveis clínicas: número de doenças associadas, presença ou ausência de factores de risco do AVC, realização de programa de reabilitação); verificar o grau de dependência do idoso no desenvolvimento das actividades de vida diária; analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e a dependência funcional do idoso após AVC.

O método de amostragem seguido foi o não probabilístico accidental por conveniencia, num total de 60 idosos institucionalizados em lares. Aplicou-se um formulário sociodemográfico, Escala de Graffar, Escala de Apgar Familiar e a Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global.

Os resultados mostraram que a maioria dos Idosos apresentam *dependência moderada*, com maior dependência nas *Actividades Locomotoras e Corporais*. Verificámos a existência de uma relação estatística significativa entre *estado civil*, *número de doenças*, *presença de factores de risco* e a dependência funcional do idoso após AVC.

Face ao exposto, temos de assumir um papel activo na promoção de estilos de vida saudáveis junto das comunidades, estratégia fundamental na prevenção do AVC, bem como promover programas de exercícios físicos em instituições, para se reduzir o declínio motor e cognitivo dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Pós Acidente Vascular Cerebral; Dependência Funcional

ABSTRACT

The Functional Dependency of the Post-Stroke Elderly has physical and emotional consequences, compromising their functional capacity, independence and autonomy; it may also have social and economic effects that invade every aspect of their daily life.

Thus, this quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was objectified in order to characterize the elderly after stroke, identify their family functioning; variables related to their health (by clinical variables: number of diseases, presence or absence of risk factors for stroke, completion of rehabilitation program); verify the degree of dependency of the elderly in the development of activities of daily living and analyze the existence of a statistically significant relationship between independent variables and functional dependence after stroke in the elderly.

The sampling method followed was not accidental probabilistic by convenience, for a total of 60 institutionalized elderly in nursing homes. We applied a demographic form, the Graffar Scale, the Family Apgar Scale and Dependence Rapid and Global Rating Scale.

The results showed that most elderly show moderate dependence, with greater reliance on Body and Locomotor Activities. We verified the existence of a statistically significant relationship between marital status, number of illnesses, presence of risk factors and functional dependence after stroke in the elderly.

Due to this, we must assume an active role in promoting healthy lifestyles among the communities, crucial strategy in the prevention of stroke, as well as to promote physical exercise programs in institutions, in order to reduce the decline in motor and cognitive impairment among the elderly.

KEYWORDS: Elderly; Post-Stroke; Functional Dependency

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

INTRODUÇÃO23

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	27
1.1. FACTORES DE RISCO.....	28
1.2. ALTERAÇÕES RESULTANTES DA LESÃO	32
1.3. REVISÃO DE ESTUDOS	37

ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA	41
2.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	42
2.2. OBJECTIVOS.....	43
2.3. HIPÓTESES.....	43
2.4. VARIÁVEIS	44
2.5. AMOSTRA	45
2.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	45
2.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	48
2.8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
2.8.1. Caracterização da amostra	50
2.9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
2.9.1. Discussão dos resultados sociodemográficos	65
2.9.2. Discussão dos resultados das variáveis clínicas	67
2.9.3. Discussão dos resultados da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	69

2.9.4. Discussão dos resultados da aferição das hipóteses	71
---	----

CONCLUSÃO	75
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	83

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados

ANEXO II – Autorização para a aplicação do formulário

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lesão e respectivas manifestações	34
Tabela 2 -Relação da doença com as dificuldades vividas pelo indivíduo.....	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	45
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	50
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo as Classes da Escala de <i>Graffar</i>	52
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo as Classes da Escala de <i>Apgar</i> Familiar ...	52
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo o número de doenças	52
Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo os factores de risco	53
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo praticava actividade física regularmente ...	53
Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a actividade física praticada regularmente	53
Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo o número de horas por semana que praticava actividade física	54
Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a realização de programa de reabilitação .	54
Quadro 10 – Grau de dependência	55
Quadro 11 – Médias e Desvios Padrão das Sub-dimensões da MDA.....	55
Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a Alimentação.....	56
Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a Higiene	56
Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a Eliminação	56
Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a Transferência.....	57
Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo a Deslocação.....	57
Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a Espaço de Vida.....	57
Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo a Fala	58
Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a Visão	58
Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo a Audição	58
Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo a Memória	59
Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo o Comportamento	59
Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo o Humor.....	59
Quadro 24 - <i>T-Teste</i> – Sexo versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	60
Quadro 25 - <i>Kruskal-Wallis</i> – Idade versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	61
Quadro 26 - <i>Anova</i> – Estado Civil versus Sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e <i>Global</i>	62

Quadro 27 - <i>Kruskal-Wallis</i> – Situação Socioeconómica <i>versus</i> sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global.....	62
Quadro 28 - <i>Kruskal-Wallis</i> - Número de doenças <i>versus</i> sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	63
Quadro 29 – <i>U de Mann-whitney</i> – Factores de risco <i>versus</i> sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global	64
Quadro 30 – <i>U de Mann-whitney</i> – Programa de reabilitação <i>versus</i> sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Histograma da Idade	51
---------------------------------------	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AIT - Acidente Isquémico Transitório

apud – citado(a) por

AVC – Acidente Vascular Cerebral

cf. – Conforme

DSPSM - Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental

et al. – e outros autores

F – *Anova*

H – Hipótese

HTA – Hipertensão Arterial

INR – *International Normalized Ratio*

K - *Kruskal-Wallis*

MDA - *Mini Dependence Assessment*

MTHFR – metilenoetrahidrofolato redutase

n – Frequência relativa

N - Frequência absoluta

ONSA - Observatório Nacional da Saúde

p – *p-value* (significância)

p. – página

s.d. – Sem data

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

t – *T-Teste*

U - *U de Mann-whitney*

% - percentagem

μ - Média

INTRODUÇÃO

O AVC é um factor perturbador do quotidiano do doente e da sua família e como, actualmente, as famílias se organizam de maneira diferente, com diferentes papéis na sociedade, estas recorrem ao apoio de instituições. Os estudos empíricos têm evidenciado um aumento das doenças crónicas e incapacitantes, bem como os recursos insuficientes disponibilizados às famílias, o que tem conduzido a uma ascensão da institucionalização da pessoa idosa.

A opção pela dependência funcional dos idosos institucionalizados, após Acidente Vascular Cerebral (AVC), deve-se ao facto de o AVC ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos países industrializados, além de ser a principal causa de morte em Portugal e a mais importante causa de internamento hospitalar e de incapacidade prolongada.

Como há um aumento da perspectiva de vida, o número de casos de AVC vai aumentando, obrigando a uma maior atenção para que a sua prevenção, tratamento e reabilitação sejam eficazes.

As repercussões de um AVC sobre as pessoas são muitas e o principal mediador ou indicador de baixa qualidade de vida é a incapacidade funcional. Entre os idosos, além das incapacidades, dos sintomas depressivos e das comorbilidades, também o pior *status* cognitivo e o ritmo mais lento de recuperação influenciam os vários domínios da sua vida (Rabelo e Neri, 2006). Tudo isto, porque se trata de uma patologia que pode deixar sequelas expressas em problemas crónicos e debilitantes da saúde. A análise desta temática tem mostrado que é a partir dos 60 anos que se verifica um aumento significativo da sua incidência, o que sugere que é importante estudar as implicações da sua ocorrência na terceira idade. O indivíduo afectado normalmente tem que lidar com um acontecimento incontrolável e negativo, que traz consequências numerosas e de longo prazo, que accionam os seus recursos pessoais e sociais.

Neste sentido, é importante referir-se que a capacidade funcional surge actualmente como um novo conceito de saúde, particularmente relevante dentro do novo paradigma da saúde, trazido pelo envelhecimento da população. O envelhecimento saudável, nesta nova óptica, passa a ser resultante da interacção

multidimensional entre a saúde física, a saúde mental, a independência na vida diária, a interacção social, o suporte familiar e a independência económica.

Por outro lado, a independência funcional sofre alterações durante o processo de hospitalização do idoso, porque se trata de uma ocorrência complexa e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio (AVC), quando o idoso é retirado do seu meio e do convívio familiar/social e é transferido para um ambiente hostil. Após o internamento, os factores que influenciam a decisão da família em institucionalizar o idoso, são os distúrbios comportamentais, o declínio das funções cognitivas e a incapacidade funcional para a realização das actividades de vida diária, básicas/instrumentais.

Neste contexto, o idoso institucionalizado tende a diminuir o seu nível de actividade física, tanto pela idade avançada, como pela incapacidade funcional.

Uma outra razão que levou à realização deste trabalho está relacionada com os factores de risco para o AVC. Em Portugal e de acordo com os estudos epidemiológicos, sabe-se que cerca de 40% da população portuguesa é hipertensa, destes só 46% sabem que o são, só 36,6% são tratados e apenas 13% se encontram bem controlados (Espiga, 2005). Para além disso, cerca de 50% dos portugueses tem excesso de peso ou são obesos, cerca de 70% tem o colesterol elevado e 20% fumam. As percentagens de diabetes e sedentarismo são também elevadas. É esta a realidade portuguesa que pode explicar o grande número de casos e mortos por AVC que sucede no nosso País.

Face ao exposto, formulámos as seguintes questões de investigação, centrais para o enquadramento do presente trabalho:

- *Qual o grau de dependência funcional do idoso institucionalizado, após AVC?*

- *Qual a actividade de vida diária em que o idoso institucionalizado, após AVC, tem maior dependência funcional (corporais, locomotoras, sensoriais, mentais)?*

Partindo destas questões estabeleceram-se vários objectivos para conduzir a investigação: caracterizar os sujeitos da amostra (sexo, idade, estado civil, nível socioeconómico); identificar a funcionalidade familiar do idoso; identificar variáveis relacionadas com a saúde do idoso, através de variáveis clínicas: número de doenças associadas, presença ou ausência de factores de risco do AVC e se fez algum programa de reabilitação; verificar o grau de dependência do idoso no desenvolvimento das actividades de vida diária; analisar a existência de uma

relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas) e a dependência funcional do idoso após AVC.

Para que os objectivos supracitados possam ser alcançados, recorreu-se a um estudo de natureza quantitativa, cuja técnica de recolha de dados utilizada foi um formulário sociodemográfico, recorremos também à Escala de Graffar Sitkewich e Grunberg (1979, *apud* Circular Normativa n.º 11/DSPSM de 13/08/2001), à Escala de Apgar Familiar – Caracterização Familiar, elaborada por Smilkstein (1978, *apud* Azeredo e Matos, 1989) e à Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global - MDA - *Mini Dependence Assessment* de autoria de Benhamou (s.d., *apud* SANTOS, 2005).

Com base nos objectivos, organizámos as duas partes que compõem este trabalho e que lhe imprimem um carácter teórico-empírico.

A primeira parte consiste numa revisão da literatura que permitiu fundamentar o estudo de campo subsequente.

Na primeira parte, relativa ao enquadramento teórico, define-se AVC, de acordo com a perspectiva de vários autores, referenciam-se os factores de risco, as alterações resultantes da lesão e apresentam-se estudos sobre a dependência funcional provocada pelo AVC, relacionando-se com a capacidade dos indivíduos de desenvolverem actividades de vida diária. Fazemos, ainda, referência à funcionalidade familiar, relacionando-a com as diferentes perspectivas de (in)dependência do idoso.

A segunda parte, relativa à componente empírica, é dedicada à investigação e à sua metodologia, na qual se traçam os nossos objectivos, apresenta-se o instrumento de recolha de dados que se utilizaram e os procedimentos de recolha de dados a que se recorreu, bem como se caracteriza a amostra. Faz-se também a apresentação dos dados e a sua análise, e dá-se a conhecer os dados a que o estudo permitiu chegar. Segue-se a análise dos resultados, inspirada tanto nas leituras que fizemos, como no estudo que se concretizou.

Termina-se com uma breve conclusão em que se lançam algumas pistas de reflexão, nomeadamente para investigações futuras.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta parte do trabalho é apresentado o referencial teórico em que se enquadra o estudo. Objectiva reunir, analisar e discutir a informação publicada sobre o tema.

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cada vez mais comum na sociedade portuguesa, capaz de provocar limitações não só nos indivíduos, mas também à sua família mais próxima.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho nº. 16415/2003): “as doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC (...), são a principal causa de mortalidade em Portugal (...) contando-se também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa”.

Os AVC's constituem um dos principais problemas neurológicos em todo o mundo, sendo considerada como a terceira causa de morte entre a população idosa. Trata-se de uma patologia do foro neurológico, cuja alteração depende do local específico da lesão vascular cerebral, do tamanho da própria lesão e da lateralidade do doente (ROCHA, 2008).

O AVC é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação aguda e com duração superior a 24 horas, secundárias à perda focal de função cerebral, causada por um distúrbio na circulação cerebral (Tuna e Pereira, 2006, *apud* Rocha, 2008), que pode ser de natureza hemorrágica ou isquémica.

Martins (2006) refere que quando a duração dos sintomas é curta, com regressão espontânea, verifica-se a presença de um Acidente Isquémico Transitório (AIT), não sendo considerado AVC.

Corroborando o anteriormente dito, Gomes et al. (2008) referem-se ao AVC como uma doença que aparece de forma súbita e que atinge a circulação de sangue a nível cerebral. O vaso mais frequentemente afectado é a artéria cerebral, a segunda afectada com mais regularidade é a artéria carótida interna. As alterações que o doente apresenta podem ser muito diferentes dependendo da área cerebral afectada e suas respectivas funções.

O termo AVC é tratado como uma designação geral, a maioria dos neurologistas e dos neurocirurgiões, são mais específicos em relação às perturbações na circulação cerebral, designando-se por trombo, embolia, hemorragia e Acidente Isquémico Transitório (Rocha, 2008).

1.1. FACTORES DE RISCO

O factor de risco é uma característica ou estilo de vida num indivíduo, ou numa população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada para AVC quando comparando com um indivíduo, ou uma população sem essa característica (MARTINS, 2002).

Os factores de risco também são variados. Contudo, alguns assumem particular importância pela sua frequência e pela possibilidade de os minimizar através da prevenção, como é o caso da hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e álcool. Este conhecimento sobre os factores de risco e sobre a Doença Cérebro-Vascular (DCV) é indispensável para a implementação de estratégias preventivas (FERRO, 2006).

Os factores de risco aumentam a probabilidade de um AVC, porém muitos deles podem atenuar-se com tratamento médico ou com a alteração dos estilos de vida. Neste sentido, a associação de diversos factores de risco tem um efeito aditivo e ao potencializarem-se reciprocamente resultam no sinergismo do risco, dificultando a avaliação individual de cada um (MARTINS, 2006).

Ferro (2006), ao referir-se aos factores de risco para a ocorrência de AVC, classifica-os em: modificáveis e não modificáveis, de acordo com a existência ou não intervenções válidas para os controlar. Este autor salienta que os dois factores de risco mais relevantes são a idade, uma vez que o aumento exponencial da incidência e da mortalidade está associada à idade, e a hipertensão arterial.

Ferro (2006) também salienta que há uma maior incidência de AVC em indivíduos do sexo masculino, nomeadamente em indivíduos na meia-idade.

Contudo, a mortalidade por AVC é maior no sexo feminino devido, provavelmente porque o AVC, na mulher, ocorre em idades avançadas. Martins (2002, p. 59) refere que “até aos cinquenta anos a incidência da doença é maior no homem, tendendo depois desta idade a ser igual em ambos os sexos”.

Quanto à idade, Rocha (2008) menciona que, com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de AVC. Os indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afectados por AVC comparativamente aos mais novos. De acordo com Ferro (2006), a idade é um dos principais factores de risco para os AVC isquémico e hemorrágico, a sua frequência aumenta drasticamente com a idade, atingindo importantes proporções após os 55 anos.

Quanto aos factores de predisposição genética de cada indivíduo, estes são apontados igualmente como importantes. Parece indiscutível que o risco de AVC é maior numas famílias do que em outras. Os estudos não são concordantes sobre se essa susceptibilidade é transmitida pelo lado materno ou pelo lado paterno. Existem algumas doenças muito raras de transmissão recessiva ou dominante em que o quadro clínico inclui AVC isquémico ou hemorrágico (FERRO, 2006).

O autor suprarreferido salienta que os AVC's são mais frequentes nos indivíduos de raça negra, consubstanciando-se em dados preliminares de um hospital da periferia de Lisboa, que confirmaram dados norte-americanos de que o AVC no indivíduo de raça negra é mais grave e tem maior mortalidade. As hemorragias intracranianas são igualmente mais frequentes neste grupo étnico e nos asiáticos.

A importância dos diferentes factores de risco depende de dois factores: o aumento do risco que lhe está associado e a sua prevalência. Neste grupo está incluída a tensão arterial (sistólica e/ou diastólica) que, segundo o Grupo de Estudos das Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia (1998, cit. por Ferro, 2006), é um factor de risco causal para os vários tipos de AVC, em qualquer idade. Não existe evidência de um limite de tensão arterial diastólica acima do qual o risco de AVC seja constante. A tensão arterial elevada também predispõe para a fibrilhação auricular, o que, por sua vez, comporta um risco de AVC de 5 a 15% por ano.

Quanto ao tabagismo, este é um factor de risco importante. Fumar qualquer que seja o tipo de tabaco é um factor de risco para AVC, pois aumenta esse risco para o dobro (FERRO, 2006).

Um outro factor de risco não modificável é a diabetes *mellitus*. O doente diabético, quando comparado com o não diabético, tem o dobro do risco de vir a

sofrer de um AVC. No entanto, a sua incidência é mais reduzida nos doentes diabéticos com valores de glicemia bem controlados (DUARTE et al., 2004).

O impacto da diabetes na incidência de AVC é menor do que a HTA, porque a diabetes é menos prevalente que a hipertensão. A diabetes aumenta o risco de AVC cerca de duas a três vezes. São também factores de risco para AVC a tolerância anormal à glicose, o hiperinsulinismo e o aumento da resistência à insulina (FERRO, 2006).

Salienta-se também que o comprometimento cardíaco, potencialmente embolígeno, se constitui como um factor de risco para AVC, sobretudo, para a doença valvular e para a fibrilhação auricular. A fibrilhação é a arritmia mais frequente no idoso, um grupo de risco com maior ocorrência de doença cerebrovascular, aumentando esse risco com a idade (Wolf, Cobb e Dagostino, 1992, *apud* ROCHA, 2008).

A estenose das artérias pré-cerebrais também é um factor de risco. A diminuição do fluxo sanguíneo, por estenose das artérias pré-cerebrais (em particular as carótidas internas), pode levar à ocorrência de um AVC. Segundo Kelley (2006), a taxa anual para AVC por estenose carotídea assintomática é de 1,3%.

Os AIT's também se incluem nestes factores de risco. Os doentes que sofreram um AIT apresentam um risco elevado de eventos recorrentes. Segundo Kelley (2006, p 30), "aproximadamente 10,5% dos doentes que se apresentam no serviço de urgência com um AIT, irão sofrer um AVC dentro de 90 dias".

Quanto ao álcool, o seu consumo excessivo é um factor de risco, sobretudo para a hemorragia cerebral. A ingestão de bebidas alcoólicas tem uma relação particular com o risco de AVC. Ferro (2006, p. 11) salienta que "diversos estudos confirmaram que bebedores ligeiros têm menor risco de AVC do que os abstémios, mas os bebedores moderados a intensos tem um risco acrescido de AVC".

A associação entre a hipercolesterolemia e o AVC é muito menos forte do que com a doença coronária. Alguns estudos mostraram que valores altos de colesterol aumentam o risco de AVC isquémico e que valores muito baixos estão associados a um aumento do risco de AVC hemorrágico (FERRO, 2006).

Outros factores de risco de menor importância são: a elevação do hematócrito, fibrinogénio, obesidade, toma de anticonceptivos orais, as apneias de sono e o sedentarismo, considerados pioráveis. Neste grupo salientam-se as drogas, mais concretamente a cocaína, que pode resultar num AVC hemorrágico, e as com efeito simpaticomimético.

A este propósito cita-se um estudo realizado por Gomes et al. (2008), que contou com 58 doentes, sendo trinta do sexo feminino (51,7%) e vinte e oito do sexo masculino (48,3%). A idade média foi de 55,9±67 anos, com extremos de 32 e 60 anos. Quarenta e cinco doentes (77,6%) tiveram AVC isquémico, sendo vinte e quatro mulheres e vinte e um homens. Doze doentes tiveram AVC hemorrágico (20,7%), sendo cinco mulheres e sete homens. Um doente teve trombose de seios venosos (1,7%). Dez doentes não completaram o estudo (17,2%), uma vez que oito doentes morreram e dois doentes foram transferidos para outras unidades hospitalares.

Os principais factores de risco identificados nos doentes com AVC isquémico foram a hipertensão arterial (66,7%), a dislipidemia (64,4%), a obesidade (46,7%), o tabagismo (28,9%) e a diabetes *mellitus* (24,4%). A maioria apresentou mais do que um factor de risco cardiovascular, sendo que 33,3% eram hipertensos e dislipidémicos e 15,6% tinham síndrome plurimetabólico. Alcoolismo crónico foi detectado em 15,6% dos doentes. Fibrilhação auricular foi identificada em sete doentes (15,6%), a maioria mulheres. Em três destes doentes a causa era reumática, mas apenas dois estavam anticoagulados à data do AVC e em dose subterapêutica (INR <2). Em relação a outras arritmias, identificou-se um caso de *flutter* auricular (2,2%) e dois casos de taquicardia supraventricular paroxística (4,4%). Quatro doentes apresentavam valvulopatia mitral (8,9%): três estenoses e um prolapso valvular com insuficiência mitral severa. Dois doentes tinham miocardiopatia dilatada (4,4%), dois doentes apresentavam comunicação interauricular corrigida cirurgicamente (4,4%) e um doente tinha aneurisma do septo interauricular (2,2%). De referir ainda que cinco doentes já tinham tido um AVC ou AIT previamente (11,1%) e oito doentes apresentavam história familiar de AVC (17,8%).

De acordo com os referidos autores, existia consumo de anticoncepcionais orais associado a tabagismo em dois terços das mulheres. Nenhum doente consumia drogas ilícitas. Foram identificadas placas de ateroma carotídeas em onze doentes (24,4%), sendo que apenas em dois havia critérios de estenose hemodinamicamente significativa (4,4%). Dissecção carotídea não traumática foi diagnosticada em três doentes (6,7%), não se encontrando nenhuma dissecção arterial no sistema vertebrobasilar.

Relativamente a outros factores aterogénicos e procoagulantes no AVC isquémico, destacam-se a hiperhomocisteinemia identificada em catorze doentes (31,1%), sendo em todos os casos moderada (15-30 µmol/L) e a presença em doze doentes (28,9%) de mutação MTHFR (2 homozigóticos e 10 heterozigóticos).

No entanto, só cinco doentes (11,1%) tinham simultaneamente as duas alterações. Foram detectadas hiperfibrinogenemia em 22,2% e 17,8% dos casos, respectivamente, a maioria mulheres. A lipoproteína A estava aumentada em onze doentes (24,4%). Síndrome antifosfolípídico primário foi diagnosticado em dois doentes (4,4%), ambos do sexo feminino, com presença de anti-β2 GP1, sendo o AVC o único critério clínico. Dois doentes (4,4%) tinham policitemia associada a tabagismo.

Refira-se a coexistência de doença maligna em quatro doentes (8,9%): um doente com adenocarcinoma gástrico diagnosticado há um ano, dois doentes com neoplasia do pulmão e um doente com carcinoma folicular da tiróide. Nestes três últimos casos, o diagnóstico foi realizado posteriormente ao AVC.

A maioria dos doentes teve como causa possível a aterosclerose de grandes artérias (37,8%). O cardioembolismo foi considerado como provável causa do AVC em oito doentes (17,8%). Os enfartes lacunares foram encontrados em quatro doentes (8,9%). Em dez doentes (22,2%) não se conseguiu encontrar a causa do AVC. Consideraram-se outras causas determinadas as dissecções carótídeas. O território vertebrobasilar esteve envolvido em apenas 17,8% dos casos de AVC isquémico.

Na população estudada por Cardoso, Fonseca e Costa (2003), a aterosclerose, associada a uma incidência de factores de risco cardiovascular superior à descrita na literatura, para este grupo etário, foi o principal factor etiopatogénico.

1.2. ALTERAÇÕES RESULTANTES DA LESÃO

Como facilmente se compreende, um AVC pode atingir qualquer zona do cérebro, sendo que as alterações resultantes não têm a ver com o tipo de AVC, mas estão directamente relacionadas com a localização da lesão, isto é, dependem da área afectada, o que irá determinar as diversas manifestações que podem ocorrer no doente.

Nem sempre o AVC é prevenível. Assim, uma vez instalado e pelo facto das suas consequências poderem ser devastadoras, com grande impacto familiar, social e económico, é primordial oferecer as melhores opções terapêuticas aos doentes (ROCHA, 2008).

A principal implicação do AVC é o aparecimento súbito de um padrão de déficit neurológico, cujas consequências neurológicas dependem da localização da lesão, da extensão cerebral com perfusão sanguínea inadequada e da irrigação cerebral. Contudo, é essencial que fique explícito que o cérebro lesado nunca conseguirá recuperar completamente. Apesar de não estarem, por vezes, reconhecidos os sinais de advertência, estes podem ocorrer em doentes com estenose dos grandes vasos do pescoço. Esta advertência pode preceder a paralisia grave por umas poucas horas ou dias, incluindo-se a hemiplegia, a perda transitória da fala e as parestesias, que envolve metade do corpo. Estas manifestações são denominadas de AIT's e, como tal, não podem ser ignoradas (GOMES et al., 2008).

Para as Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico (2007), os sintomas e sinais diversificam-se de acordo com o território cerebral envolvido, e entre eles referem: a diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral; apraxia; disartria; hemianópsia parcial ou completa; afasia; alteração de consciência e confusão; nistagmo; diplopia; vertigem; ataxia.

Ainda neste contexto, salientam outras funções cerebrais afectadas, como a linguagem e a comunicação, os défices cognitivos, visível na perda de memória, incapacidade na tomada de decisões, distúrbios visuais, confusão mental, défices emocionais, sobretudo, a perda de autocontrolo, labilidade emocional, depressão, hostilidade e os sentimentos de isolamento.

Partilhando da mesma opinião, Martins (2006) refere que a principal característica de um AVC é o desenvolvimento, súbito e catastrófico, de um déficit neurológico. A autora certifica que a hemiplegia é o sinal clássico e mais frequente de um AVC e, *grosso modo*, os doentes apresentam, numa primeira fase, perturbações de consciência que podem variar desde a sonolência até ao coma. As alterações resultantes destas lesões poderão ser mais ou menos graves, em consonância com o grau de deficiência e incapacidade resultantes.

As consequências do AVC são devastadoras para os doentes e respectivas famílias, uma vez que podem comprometer as actividades de vida diária, devido à alteração da sua motricidade, o discurso, as emoções, mesmo a sua memória, predispondo os doentes a graves riscos de saúde e de bem-estar (MARTINS, 2006).

As alterações resultantes das lesões não têm a ver com o tipo de AVC, mas sim com o território cerebral atingido. Assim, podem ocorrer as lesões e respectivas manifestações que posteriormente referimos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Lesão e respectivas manifestações

Lesões	Manifestações
Território da carótida interna	Hemiplegia contralateral; Afasia (se no hemisfério dominante); Hemianestesia; Hemianópsia homónima contralateral
Território vértebro-basilar	Sinais de lesão dos nervos cranianos; Lesões no trato sensitivo; Hemiplegia ou dupla hemiplegia; Lesão do trato espinal; Lesões do sistema simpático, com ptose palpebral e miose; Síndrome vertiginoso, com alterações das relações espaciais; Perturbação do controlo motor; Coma
Artéria cerebral anterior	Confusão mental; Hemianópsia contralateral; Perda da sensibilidade, mais acentuada na perna e pé
Artéria cerebral média	Hemiparésia contralateral; Afasia (se no Hemisfério dominante); Hemianópsia; Perturbações da face
Artéria cerebral posterior	Hemianópsia homónima contralateral; Hemianestesia contralateral
Tronco cerebral	Paralisia homolateral dos nervos cranianos, com paralisias piramidais cruzadas ou perturbações cruzadas da sensibilidade no caso da lesão atingir a via sensitiva (paralisias alternas)
Pé de pedúnculo	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia ocular do mesmo lado por terem sido atingidas as fibras do nervo ocular motor comum
Protuberância	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia total facial do mesmo lado
Bulbo raquidiano	Vertigem violenta no seu início e desequilíbrio sem perda de consciência; Disfasia, disartria e por vezes diplopia transitória; Anestesia da hemiface, Hemi-hopostesia do lado oposto

Fonte: MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau (2002, p. 66)

Poder-se-ia dizer que praticamente todos os doentes apresentam várias manifestações, sendo a mais frequente a hemiplegia. As alterações resultantes das lesões poderão ser mais ou menos graves de acordo com o grau de deficiência, incapacidade ou handicaps que vão surgir e que se passam a especificar.

A investigação tem-se centrado no estudo dos factores de risco, prevenção primária, formas de diagnóstico e tratamento, bem como nos processos de reabilitação (Martins, 2006). A autora acrescenta que o enfoque dado a esta patologia justifica-se pelo elevado número de internamentos, pela elevada mortalidade e, conseqüentemente, devido aos gastos económicos, bem como pelo elevado número de doentes que ficam dependentes dos cuidados de terceiros. “Muitos dos que sobrevivem a um episódio de AVC iniciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias” (MARTINS, 2006, p. 7).

Ao considerarem-se as manifestações patológicas é habitual fazer-se referência ao conceito de doença relegando para segundo plano quem os fenómenos patológicos afectam no seu todo. Com efeito, a doença interfere com a capacidade do indivíduo desempenhar as funções e satisfazer as obrigações que dele se esperam. Ou seja, a pessoa doente é atingida na sua capacidade de desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros (MARTINS, 2002).

De acordo com a autora supracitada, quando a interacção do indivíduo com o seu meio é afectado por uma incapacidade ou deficiência, causando-lhe prejuízos inequívocos, está-se perante uma desvantagem. Para se obter um perfil completo sobre o estado do indivíduo é, pois, necessário utilizar e analisar estas três dimensões do fenómeno causado pela doença (cf. Tabela 2).

Tabela 2 -Relação da doença com as dificuldades vividas pelo indivíduo

Doença ou Perturbação	➔	Deficiência	➔	Incapacidade	➔	Desvantagem
Situação intrínseca		Exteriorização		Objectivada		Socializada

Fonte: Organização Mundial de Saúde (1989, *apud* MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau (2002, p. 70)

Uma análise mais sumária deste quadro pode remeter-nos para uma sequência linear, embora a relação destes fenómenos seja complexa.

Pode ser referido, muito sucintamente, que ao nível das deficiências são diversas as dimensões atingidas, havendo deficiências intelectuais; deficiências psicológicas; deficiências da linguagem; deficiência da audição; deficiência da visão; deficiência dos órgãos; deficiências músculo-esqueléticas; deficiências estéticas e deficiências das funções gerais e sensitivas (MARTINS, 2002).

No domínio da saúde, a **incapacidade** resulta de qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma actividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano. Estas perturbações podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas. As incapacidades podem surgir como consequência directa da deficiência ou como resposta do sujeito, reflectindo, então, perturbações a nível da pessoa. A classificação das incapacidades abrange os comportamentos e as actividades mais importantes da vida quotidiana. Posto isto, pode haver incapacidades do comportamento; incapacidades de comunicar; incapacidades no cuidado pessoal; incapacidades na locomoção; incapacidades no posicionamento do corpo; incapacidades de destreza; incapacidades face a situações específicas e as incapacidades referentes a aptidões particulares.

Passando às influências sociais que as alterações provocadas por uma patologia podem dar, estamos perante as **desvantagens** ou **handicap**. “No domínio da Saúde, a desvantagem (*handicap*) é a condição social de prejuízo, sofrimento por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores socioculturais” (OMS, 1989, *apud* Martins, 2002, p. 78). Neste sentido, pode ser referido que existem desvantagens na orientação; desvantagem na independência física; desvantagem na mobilidade; desvantagem na capacidade de ocupação, desvantagem na interacção social e desvantagem na independência económica.

Pavarini e Neri (2000, *apud* Cruz et al., 2010) afirmam que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinados aspectos e independente em outros, por exemplo, pode possuir uma dependência física (incapacidade) e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afectivamente (usar a condição de velho para despertar compaixão e atenção) e independente a nível cognitivo (ser capaz de planear as acções que lhe permitirão manter a esposa ou a filha sempre perto de si).

Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, compreender os vários factores que para ela concorrem. Dentro do conjunto desses factores destacam-se as doenças e, em particular, as doenças crónicas, que têm um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades de vida diária e manter condições de vida independente. Entre essas doenças encontram-se os Acidentes Vasculares Cerebrais, as doenças pulmonares, entre outras. Estas doenças associadas ao envelhecimento afectam quer a duração da vida, quer a sua qualidade. O sofrimento e a incapacidade causados por estas doenças obriga a redefinir a doença em termos operacionais: avaliação das limitações funcionais e incapacidade temporária e permanente da pessoa idosa (PAVARINI e NERI, 2000, *apud* CRUZ et al., 2010).

Verificámos que os autores consultados são unânimes em considerar que o conceito de incapacidade funcional é complexo e que tem sido identificado pela presença de dificuldades no desempenho de algumas actividades de vida diária ou, inclusive, pela impossibilidade das pessoas em desempenhá-las.

A (in)capacidade funcional é um dos *outcomes* mais importantes após um AVC, sendo a sua avaliação das mais complexas, porque envolve a conjugação de vários factores, tais como: ambientais, recursos económicos e sociais, factores

comportamentais e motivacionais (Organização Mundial de Saúde, 2003). Sabe-se que, em média, as condições clínicas com maior grau de incapacidade surgem da associação do sexo feminino ao estado de coma, à paralisia, à afasia, aos problemas de deglutição e à incontinência urinária, sendo estes factores preditivos de uma maior mortalidade até aos 3 meses após a lesão.

Existem, analogamente, outros factores que, em conjunto com os anteriores, são preditivos de menores *outcomes* funcionais, sendo eles a diminuição acentuada ou ausência da funcionalidade do membro superior, a perda do equilíbrio na posição de sentado, a hemianopsia, a idade avançada, a diminuição da função cognitiva e sensorial, e da motivação (Glader et al., 2003). A prevalência da diminuição da função cognitiva após AVC varia entre 11,6% e 56,3%, demonstrando uma forte influência negativa na sobrevivência e recuperação a longo prazo destes doentes (HERUTI et al., 2002, *apud* NUNES; PEREIRA; SILVA, 2005).

1.3. REVISÃO DE ESTUDOS

A pessoa idosa, perante problemas de diversos níveis que afectam o seu grau de autonomia, depara-se com escassos recursos para superar as dificuldades decorrentes do dia-a-dia. Quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio habitacional diminuem é necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição de acolhimento para idosos, ou seja, um Lar de Terceira Idade (PIMENTEL, 2005; VAZ, 2008).

Rossell (2004, *apud* Vaz, 2008) faz referência, nas suas investigações, aos factores que predispõem o idoso a ingressar num Lar. De acordo com o mesmo autor, relacionam-se com as atitudes pessoais durante a vida, como as frustrações escolares, os fracassos económicos, com as suas actuais atitudes, tais como a solidão, a depressão, a reforma e a incapacidade física/funcional. Este autor apresenta ainda factores relacionados com a família, como a incompatibilidade entre os membros da família, ou seja, tratar-se de uma família marcadamente disfuncional, e o convencimento de que o melhor para o idoso é o ingresso num Lar.

Quando o idoso é institucionalizado, as suas necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, religiosas, políticas e sexuais devem ser respeitadas, contudo, quando isso não se verifica, sobretudo, quando o idoso sofreu um AVC, pode resultar na excessiva dependência, à perda de amor-próprio, à diminuição do interesse e das respostas emocionais, à activação do

comportamento automático e à perda de interesse pelo mundo exterior (SANTOS, 2002; SOUSA, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2001), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à segurança social são idosos e 12% encontram-se em lares.

De acordo com Azeredo e Matos (2003, *apud* Araújo et al., 2007), que realizaram um estudo com doentes vítimas de AVC, no qual concluíram que quando os doentes perdem a sua autonomia são muitas vezes levados para instituições que cuidam deles, devido à sua dependência funcional.

Para Lobo e Pereira (2007), a família é fundamental no processo de prestação de cuidados ao idoso. A institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, porque normalmente ocorre um aumento do isolamento, inactividade física e julgamentos sociais destrutivos, principalmente relacionados com a família. “As instituições habitualmente são espaços impessoais, “frios”, escuros, monótonos, com poucos estímulos, não favorecendo a qualidade de vida dos idosos” (LOBO; PEREIRA, 2007, p. 64). A população idosa cada vez mais sofre de algum tipo de incapacidade, particularmente na decorrência de um AVC, necessitando de ajuda para enfrentar esta situação.

Em 2001, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, referenciado por Lobo e Pereira (2007), publicou os resultados de um projecto que, entre outros indicadores, possibilitaram obter informação sobre a capacidade funcional de indivíduos idosos.

Os resultados indicam que 8,3% dos indivíduos declaram apresentar grandes incapacidades, estimando-se em 12% a percentagem de indivíduos que declara precisar de ajuda para as actividades de vida diária (Lobo; Pereira, 2007). Estes resultados são importantes, num contexto de um grande desconhecimento sobre as capacidades funcionais dos idosos institucionalizados em Portugal, particularmente daqueles que sofreram um AVC. O presente estudo poderá também ajudar a colmatar as lacunas de informação acerca da população idosa institucionalizada e este conhecimento pode favorecer a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde desta população.

Martins (2006) desenvolveu um estudo, multifásico, segundo uma metodologia longitudinal, desenvolvido durante três anos e que contou com três momentos distintos de avaliação, cuja selecção dos indivíduos, num total de 273, foi realizada através dos registos hospitalares de dois serviços de Medicina de um hospital central, tendo estes estado internados devido a um episódio agudo,

isquémico ou hemorrágico, inicial ou recorrente de AVC. Nove meses após a alta hospitalar, os doentes referenciados responderam a um questionário, com o objectivo, numa primeira fase, de avaliar a incapacidade funcional relacionada com a patologia. Este estudo permitiu, após o período esperado de recuperação, verificar que a taxa de sobrevivência aos nove meses, pós alta, foi de 80%. Possibilitou também verificar as sequelas que lhes comprometiam a sua capacidade funcional¹ e, por essa razão, necessitavam de um cuidador para assegurar as suas actividades básicas de vida diária. Os doentes apresentavam uma dependência funcional² moderada ou grave para as actividades de vida diária. Os principais resultados apontam para 36,7% de doentes funcionalmente autónomos em todas actividades de vida diária; 40% tinham dependência moderada; 8,1% dependência grave e 15,2% dependência muito grave. De acordo com o índice de Barthel, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes do sexo masculino e os doentes do sexo feminino. No entanto, ficou demonstrado que a capacidade funcional para a execução das actividades básicas de vida diária está correlacionada, de forma muito negativa e muito significativa, com a idade dos doentes, com predominância para os homens.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (2004), baseando-se num estudo recente da ONSA, 2001, em Portugal 12% das pessoas com 65 e mais anos precisam de ajuda para o exercício das actividades de vida diária, sendo esta realidade agravada pelo facto das pessoas idosas inquiridas referirem viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referirem viver em situação de institucionalização.

Estudos epidemiológicos realizados em vários países demonstram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de 65 anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade, 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada. Nas idades acima dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que nos idosos com 65

¹ As actividades funcionais são aquelas identificadas por um indivíduo como essenciais à manutenção do bem-estar físico e psicológico, bem como para criação de um senso pessoal de uma vida significativa. Estas exigem a integração dos recursos cognitivos e efectivos com as habilidades motoras. Portanto, a actividade funcional é um conceito referencial no doente, e dependente do que o indivíduo identifica como importante.

² A incapacidade funcional é a impossibilidade de um indivíduo funcionar normalmente, como resultado do comprometimento. Embora os comprometimentos nas habilidades comportamentais ou motoras, ou alterações nas funções sociais possam tipicamente existir em certas categorias patológicas, ainda não se conhece a exacta relação empírica entre um determinado grupo de comprometimentos e uma incapacidade funcional específica.

anos, subindo para 46% a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada (PAVARINI e NERI, 2000, *apud* CRUZ et al., 2010).

Amaral (2009) constatou, nos estudos em estudos realizados com pessoas idosas dependentes, que não só o grau de dependência aumentava com o aumento do grupo etário, como também era mais predominante no sexo feminino. Havia uma diferença face ao género, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino.

Neste sentido, admite-se que a capacidade funcional é um indicador de saúde mais significativo do que o estudo da prevalência de doenças. A perda de função nas pessoas idosas é a principal manifestação de doença, correspondendo a cada tipo de doença, um tipo de perda funcional específico, afectando um grupo específico de actividades de vida diária (AMARAL, 2009).

O idoso que sofreu AVC, após o período de hospitalização, pode ficar com sequelas físicas e emocionais, comprometedoras da capacidade funcional, da independência e da autonomia, podendo igualmente ter efeitos sociais e económicos que invadem todos os aspectos da vida. Geralmente, quando ocorre um declínio funcional em decorrência de algum processo patológico, é a família que se envolve nos aspectos da assistência, na supervisão das responsabilidades e na provisão directa dos cuidados (Marques; Rodrigues; Kusumota, 2006). No entanto, nem sempre a família está presente, dado que há cada vez mais idosos institucionalizados.

É imediatamente após a lesão que o processo de reabilitação se inicia, decorrendo a recuperação neurológica, principalmente, entre o primeiro e o terceiro mês após o AVC, enquanto a recuperação funcional ocorre mais completamente dos 3 aos 6 meses, após o AVC (Carod-Artal et al., 2002, *apud* Nunes; Pereira; Silva, 2005). É, analogamente, referido que a recuperação ocorre com maiores progressos nas primeiras semanas, embora não tão rapidamente, estes continuam a verificar-se até aos 6 meses, período após o qual os ganhos continuam a ser mensuráveis, porém, por períodos mais longos (BRUNO, 2004).

Em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas actividades, principalmente a ocupação diária, e, devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições, bem como devido a condições de saúde (LOBO; PEREIRA, 2007).

ESTUDO EMPÍRICO

Esta parte do trabalho consiste na descrição detalhada de como o estudo foi conduzido ou seja, o que foi feito e como foi feito. O detalhe da metodologia deve contemplar, de forma clara, todos os procedimentos realizados ao longo do estudo.

2. METODOLOGIA

Toda a investigação deve seguir processos operativos objectivos e rigorosos, adaptados ao tipo de problema em causa e facilitadores de uma nova aplicação nas mesmas condições, segundo Tuckman (2005). Assim sendo, neste capítulo descreve-se a sequência metodológica utilizada no presente estudo.

A metodologia de pesquisa empregue foi escolhida a fim de atendermos às necessidades específicas de cada um dos nossos objectivos. Assim, socorremos da investigação quantitativa, a qual nos permitiu estabelecer e provar relações entre as variáveis operacionalmente definidas, de acordo com Fortin (2009). Por outro lado, a investigação quantitativa utiliza, normalmente, os critérios de validade interna, validade externa, fidelidade e objectividade, objectivando-se aferir a veracidade da investigação.

A autora refere que, nos estudos quantitativos, a validade interna tenta medir o grau de isomorfismo entre os dados obtidos pelo estudo e o fenómeno que se pretende estudar, de facto, existe apenas uma realidade e a informação é internamente válida se descrever essa realidade e se facilitar o seu controlo e manipulação. A validade externa tenta avaliar se as descobertas feitas numa determinada situação se podem aplicar a outras situações.

Optámos também por uma investigação documental que se repercutiu na consulta bibliográfica, pois, nela encontramos informações históricas, culturais, sociais e epistemológicas, tudo quanto nos podia servir de suporte para compreender a nossa problemática e definir conceitos base.

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2003, p. 39), “a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se preveja a importância para a disciplina”. É algo que apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e justifica a escolha do estudo. Como tal, e de acordo com a referida autora, para se formular um problema, o investigador tem de agregar todos os factores da situação problemática.

Assim, depreende-se que a formulação de um problema constitui uma das mais importantes etapas do processo de investigação. Além do mais, o problema de investigação deve resultar numa resposta que poderá permitir o avanço dos conhecimentos na área que se está a investigar.

De acordo com estas propostas metodológicas, passamos a contextualizar o problema do presente estudo.

O envelhecimento da população é um fenómeno universal e o AVC é uma doença cuja prevalência tem vindo a aumentar, devido ao envelhecimento da população, sendo a causa mais comum de morbilidade e mortalidade do nosso País, acarretando sérias implicações na sua capacidade funcional (LEAL, 2001).

Os idosos apresentam, com muita frequência, a capacidade funcional diminuída, diminuição cognitiva e/ou sensitiva necessitando de ajuda para cuidar de si próprio, seja em tarefas de cuidados pessoais, instrumentais ou de adaptação a meios dele desconhecidos. No contexto actual, em que as políticas de saúde se enquadram, os idosos são cuidados no domicílio e/ou em instituições (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2008).

Urge questionar que tipo de intervenções podem e devem os enfermeiros fazer para ajudar os idosos em situação de pós AVC, para proporcionar o seu bem-estar, mesmo com manifestas dificuldades em termos de actividades de vida (corporais, locomotoras, sensoriais, mentais).

Face ao exposto, formulam-se as questões de investigação:

- *Qual o grau de dependência funcional do idoso institucionalizado, após AVC?*

- Qual a actividade de vida diária em que o idoso institucionalizado, após AVC, tem maior dependência funcional (corporais, locomotoras, sensoriais, mentais)?

2.2. OBJECTIVOS

Decorrente das questões de investigação formuladas, o presente estudo tem como objectivos os seguintes:

- Caracterizar os sujeitos da amostra (sexo, idade, estado civil, nível socioeconómico);

- Identificar a funcionalidade familiar do idoso;

- Identificar variáveis relacionadas com a saúde do idoso, através de variáveis clínicas: número de doenças associadas, presença ou ausência de factores de risco do AVC e se fez algum programa de reabilitação;

- Verificar o grau de dependência do idoso no desenvolvimento das actividades de vida diária;

- Analisar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas) e a dependência funcional dos idosos pós AVC.

2.3. HIPÓTESES

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

H₁ – Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

H₂ – Existe relação estatisticamente significativa entre a idade dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

H₃ – Existe relação estatisticamente significativa entre o estado civil dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

H₄ – Existe relação estatisticamente significativa entre a situação socioeconómica dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

H₅ – Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

H₆ – Existe relação estatisticamente significativa entre o número de doenças e o nível de dependência funcional dos idosos.

H₇ – Existe relação estatisticamente significativa entre a presença de factores de risco do AVC e o nível de dependência funcional dos idosos.

H₈ – Existe relação estatisticamente significativa entre a realização de programa de reabilitação e o nível de dependência funcional dos idosos.

2.4. VARIÁVEIS

Atendendo-se a que uma variável é definida como uma característica ou qualidade que assume diferentes valores, sendo algo que varia com os inquiridos e com os objectivos (Fortin, 2009), tem-se como variáveis a dependente e as independentes, as quais se expõem de seguida:

Variável dependente: nível de dependência funcional do idoso, após AVC.

Variáveis independentes:

- ◆ Sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, nível socioeconómico, caracterização familiar.
- ◆ Clínicas: número de doenças associadas; presença ou não de factores de risco do AVC; programa de reabilitação.

A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado na figura 1.

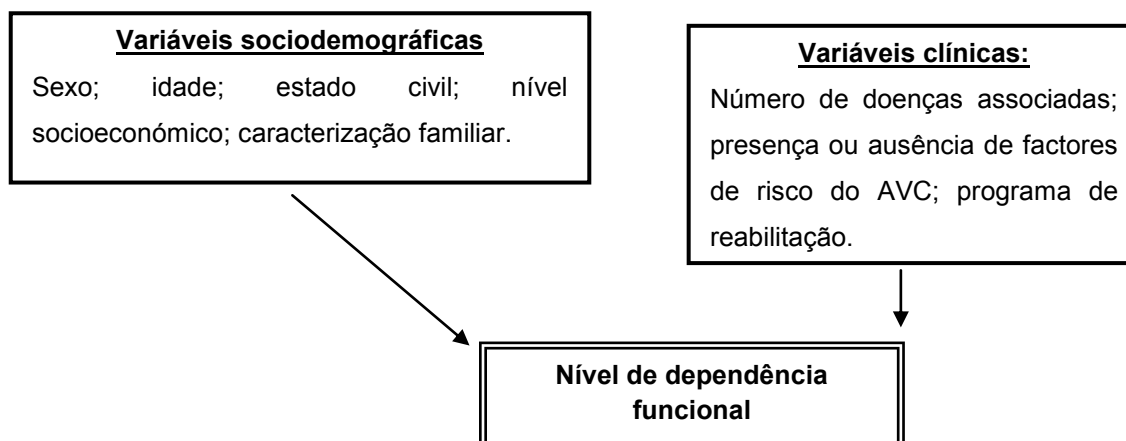


Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.

2.5. AMOSTRA

Tendo em conta a natureza do nosso estudo, utilizámos na nossa investigação o método de amostragem não probabilística acidental que, segundo Fortin (2009), é formada por sujeitos, que são facilmente acessíveis e que estão presentes num local determinado e num momento preciso. São incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.

No nosso caso a amostra é constituída por 60 idosos institucionalizados em lares.

Os critérios de inclusão da amostra são os seguintes:

- estar institucionalizado;
- ter sofrido AVC;
- mostrar-se disponível e aceitar participar neste estudo.

2.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Fortin (2009), para seleccionar o método de colheita de dados, o investigador tem de ter em conta os objectivos que pretende atingir e assim, adequar um método à obtenção da satisfação dos seus objectivos. Só a partir daqui se poderá seleccionar o método ou o instrumento para a colheita de dados.

Para a realização do nosso estudo, utilizámos um instrumento de colheita de dados, que inclui escalas e um formulário (cf. Anexo I), por se tratar de instrumentos de medida que garantem o anonimato do informante, permitem respostas mais verdadeiras; possibilita a aplicação no próprio domicílio, entre outras situações.

Questionário sociodemográfico: contém 3 questões, uma relativa ao sexo dos sujeitos da amostra (questão fechada dicotómica, tendo sido categorizada em: masculino e feminino); para operacionalizar a variável idade, foi elaborada uma pergunta aberta e, posteriormente, de acordo com a amplitude de idades encontradas, foram criados grupos etários; para se operacionalizar a variável estado civil, optou-se por uma questão dicotómica, ou seja, contém categorias (tem companheiro: casado ou união de facto/ não tem companheiro: viúvo ou solteiro).

Nível sócio-económico: para medir a variável nível socioeconómica dos sujeitos da amostra, recorreu-se à utilização da escala de Graffar Sitkewich e Grunberg (1979, *apud* Circular Normativa n.º 11/DSPSM de 13/08/2001), que avalia o nível sócio-económico associando cinco dimensões:

- Profissão
- Nível de Instrução
- Fontes de Rendimento Familiar
- Conforto da Habitação
- Aspecto do Local onde mora

A mesma estabelece uma pontuação de 1 a 5 para cada dimensão, fazendo-se o seu somatório obtemos o *score* total. O *Score* atingido neste somatório é convertido em classes permitindo mensurar esta variável em:

- Classe I – Família de classe superior alta, com nível sócio-económico muito bom, aquela que apresenta um *score* total entre 5 a 9 pontos;
- Classe II – Família de classe superior baixa, com nível sócio-económico bom, aquela que apresenta um *score* total entre 10 a 13 pontos;
- Classe III – Família de classe média, com nível sócio-económico razoável, aquela que apresenta um *score* total entre 14 a 17 pontos;
- Classe IV – Família de classe inferior alta, com nível sócio-económico reduzido, aquela que apresenta um *score* total entre 18 a 21 pontos;
- Classe V – Família de classe inferior baixa, com nível sócio-económico mau, aquela que apresenta um *score* total entre 22 a 25 pontos.

A validade desta escala foi analisada pelos autores supracitados, auferindo a mesma de boas qualidades psicométricas.

Escala de Apgar Familiar – Caracterização Familiar: a variável funcionalidade da família aborda vários aspectos correspondentes às funções familiares, como sejam: adaptação intra-familiar, a participação e a comunicação, o crescimento e o desenvolvimento, o afecto e finalmente a decisão.

Para medir essa variável, utilizámos a Escala de Apgar Familiar – Caracterização Familiar, elaborada por Smilkstein (1978, *apud* Azeredo e Matos, 1989). Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar.

Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas em:

- Família Altamente Funcional: 7 – 10
- Família Moderadamente Disfuncional: 4 – 6
- Família Marcadamente Disfuncional: 0 – 3

Embora a fiabilidade e a validade deste método já tenham sido estudados e asseguradas, temos que ter presente que ele só avalia o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza (Smilkstein, 1978, *apud* Azeredo e Matos, 1989).

Questionário Clínico: contém 3 questões: número de doenças associadas e quais, operacionalizada através de questão aberta; prática de actividade física regular, qual a actividade, número de horas por semana que a pratica, operacionalizada através de questões mistas (fechada e aberta); se fez algum programa de reabilitação (questão fechada dicotómica, tendo sido categorizada em: sim e não).

Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global - MDA - *Mini Dependence Assessment* de autoria de Benhamou (s.d., *apud* Santos, 2005). Esta escala consiste na avaliação rápida e global da dependência nas actividades de vida diárias da pessoa doente, permitindo avaliar o impacto da deterioração cognitiva nas actividades de vida diárias da pessoa doente, avaliando 12 critérios, reagrupados por 4 tipos de actividades: corporais, locomotoras, sensoriais e mentais. Cada item pode ser caracterizado de três formas às, quais è atribuído uma pontuação entre zero e dois. Essas três formas são também designadas de sub-actividades, nomeadamente, dentro das actividades corporais: alimentação, higiene e eliminação; dentro das actividades sensoriais: fala, visão e audição; dentro das actividades locomotoras: transferência, deslocação e espaço de vida; e, por último, dentro das actividades mentais: memória, comportamento e humor.

A pontuação total corresponde ao grau de dependência do utente e é obtida através da soma dos 4 sub-totais de cada actividade. De acordo com a seguinte pontuação total verifica-se então o grau de dependência da pessoa:

- 0 - grau de dependência nulo;
- 1 a 7 - grau de dependência ligeiro;
- 8 a 14 - grau de dependência moderado;
- 15 a 19 - grau de dependência severo;
- 20 a 24 - grau de dependência muito severo.

Segundo Santos (2005), esta escala tem como vantagem uma colheita rápida em menos de 15 minutos, podendo ser utilizada por profissionais de saúde e da assistência social, e pelos familiares da pessoa com dependência. A escala de MDA permite ainda descrever quantitativamente e qualitativamente a dependência da pessoa, promovendo um acompanhamento da evolução da sua dependência tendo por suporte a avaliação objectiva das necessidades do indivíduo.

2.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Num primeiro momento, de modo a verificar se havia erros de preenchimento dos questionários, os mesmos foram revistos. Concomitantemente, foi elaborada uma base de dados, utilizando o SPSS versão 19, onde foi possível introduzir as questões e as respostas referentes às partes distintas do protocolo de investigação.

A comparação de parâmetros populacionais como a média, mediana, entre outros, decorrente de amostras aleatórias é uma das necessidades mais constantes na análise estatística. A inferência estatística é bastante útil para testar a significância de tratamentos ou factores que puderam influenciar a resposta da variável da medida e onde se ambiciona testar se o tratamento possuiu ou não um efeito significativo. Para tal, existem duas metodologias para fazer este tipo de testes: os *testes paramétricos* (onde exigem que a forma da distribuição amostral seja conhecida) e os *testes não-paramétricos* (onde não se exige, á partida, que a distribuição da amostra seja conhecida e devem ser aplicados em alternativa aos testes paramétricos) (MAROCO, 2007).

Quanto aos testes paramétricos, para serem considerados como tal, têm de seguir determinadas condições: a variável dependente tem de possuir uma distribuição normal; e as variâncias populacionais têm de ser homogéneas caso estejamos a comparar duas ou mais populações (MAROCO, 2007).

Segundo Pereira (2006), a estatística não paramétrica refere-se a testes que não necessitam de requisitos tão fortes, como os testes paramétricos, para serem utilizados. Os testes não paramétricos podem ser utilizados em substituição do teste *t*.

Procedeu-se, então, ao tratamento estatístico, determinado, inicialmente, pela estatística mais adequada a ser utilizada, ou seja, pretendeu-se determinar se se estava perante uma estatística paramétrica ou não paramétrica. Através do Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (uma vez que estamos perante uma amostra superior a 30 sujeitos) e do teste de Levene (com o intuito de se saber a homogeneidade) (cf. Anexo II), verificou-se que estávamos perante uma amostra, por um lado, com uma distribuição normal, sendo assim, utilizámos uma estatística paramétrica (correspondendo a um *p-value* superior a 0,05, o que nos permite concluir que estamos perante uma distribuição normal e ainda se obteve um *p-value* superior a 0,05 no teste da homogeneidade); por outro lado, utilizámos uma estatística não paramétrica (para algumas variáveis não estamos perante uma distribuição normal, o que resultou num *p-value* <0,05 no teste da homogeneidade) para os diversos cruzamentos efectuados.

Respeitante à estatística inferencial, utilizámos, para testarmos as hipóteses apresentadas anteriormente, os seguintes testes paramétricos:

- ✓ **T- Teste;**
- ✓ **Anova**

Enquanto para a estatística não paramétrica foi utilizado o seguinte teste:

- ✓ **Teste de Kuskal-Wallis.**

Para um correcta interpretação dos dados obtidos, recorreremos aos seguintes valores de significância:

- ✓ $p \geq 0,05$ – não significativo;
- ✓ $p < 0,05$ – significativo;
- ✓ $p < 0,01$ – bastante significativo;
- ✓ $p < 0,001$ – altamente significativo.

2.8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados pretende identificar e analisar os objectivos iniciais do estudo, anteriormente descritos no capítulo do Metodologia.

Deste modo, começamos por apresentar a caracterização sociodemográfica dos 60 idosos institucionalizados, tendo todos sofrido AVC. Posteriormente, descrevemos os dados relativos à Escala de Avaliação de Dependência Rápida e

Global, alcançados através da estatística descritiva. Por fim, descrevemos os resultados da aferição das hipóteses, com recurso à estatística inferencial.

2.8.1. Caracterização da amostra

Analisando o quadro 1 pode verificar-se que, no que se refere ao sexo, os resultados demonstram que a maioria dos sujeitos da mostra é do sexo feminino (81,7%).

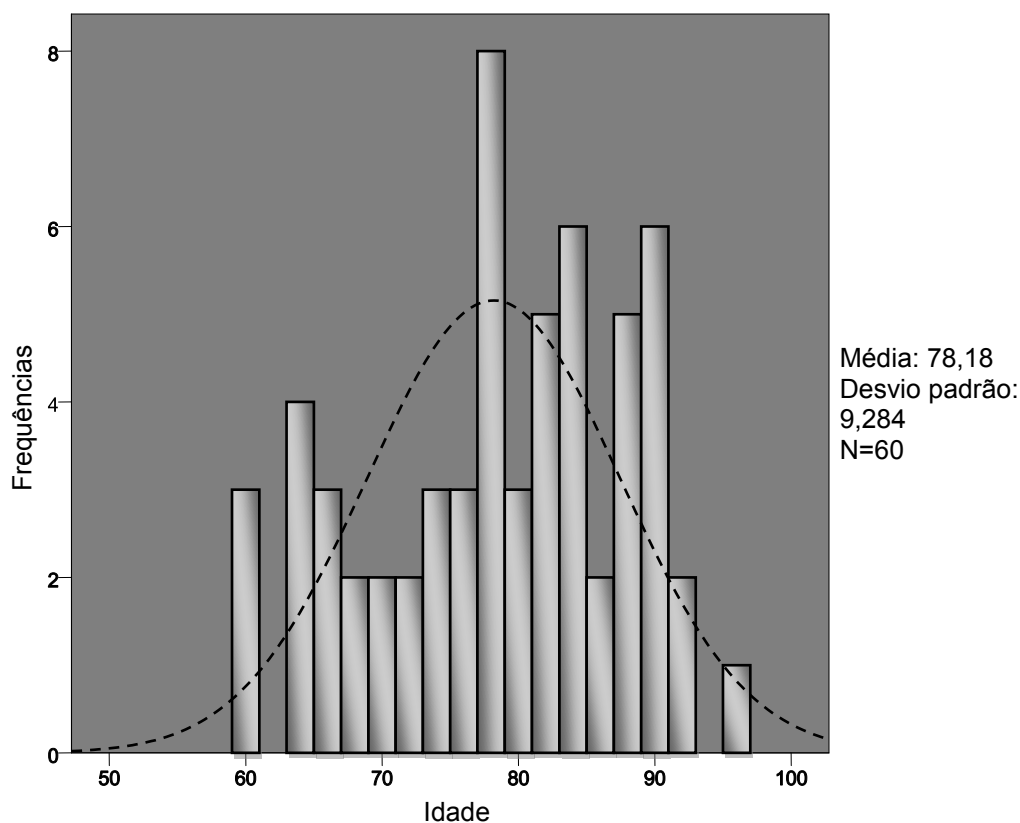
No que se refere à *idade*, constatámos que há um predomínio de idosos no escalão etário dos 81-90 anos (40%), seguindo-se, ainda, com significância, os idosos com idades compreendidas entre os 71-80 anos (31,7%) e os que têm entre os 60-70 anos de idade (23,3%). Apurámos uma média de idades de 78,18, com um desvio padrão de 9,284 (cf. Gráfico 1).

Quanto ao estado civil, este foi dividido em duas classes: com companheiro e sem companheiro. Os resultados demonstram que 76,7% dos idosos não tem companheiro, ou seja, são viúvos e solteiros, e 23,3% têm companheiro, ou seja, são casados e/ou vivem em união de facto.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Distribuição da Amostra		Caracterização da amostra	
		n	%
Sexo	Masculino	11	18,3
	Feminino	49	81,7
	Total	60	100
Idade	60-70	14	23,3
	71-80	19	31,7
	81-90	24	40,0
	91-100	3	5,00
	Total	60	100
Estado civil	Tem companheiro	46	76,7
	Não tem companheiro	14	23,3
	Total	60	100

Gráfico 1 – Histograma da Idade



Situação socioeconómica

Quanto à situação socioeconómica (Quadro 2), constatámos que 45% dos idosos se situam na Classe V da Escala de Graffar, o que corresponde a uma família de classe inferior baixa; 51,6% dos idosos inserem-se na Classe IV, ou seja, fazem parte de uma família de classe inferior alta; 3,3% da amostra enquadra-se na Classe III, o que corresponde a uma família de classe média. Não registámos quaisquer idosos que se enquadrassem nas Classe I (Família de Classe Superior Alta) e a Classe II (Família de Classe Superior Baixa).

Atendendo ao exposto e de acordo com a média obtida (21,02), os idosos enquadram-se na Classe IV – família de classe inferior alta - com nível socioeconómico reduzido, sendo esta a que apresenta um *score* total entre 18 a 21 pontos.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo as *Classes da Escala de Gaffar*

Classes da Escala de Gaffar – Nível Sócio-Económico	n	%
Classe I – Família de Classe Superior Alta	0	0
Classe II – Família de Classe Superior Baixa	0	0
Classe III – Família de Classe Média	2	3,3
Classe IV – Família de Classe Inferior Alta	31	51,6
Classe V – Família de Classe Inferior Baixa	27	45
Situação socioeconómica	Média	Desvio Padrão
Classe IV – Família de Classe Inferior Alta	21,02	1,548

Caracterização familiar

Tendo em conta as Classes da Escala de Apgar Familiar, observamos que todos os idosos (100%) revelam pertencer a uma família marcadamente disfuncional (Quadro 3). Obtivemos uma pontuação média de 2 o que corresponde a uma família marcadamente disfuncional.

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo as *Classes da Escala de Apgar Familiar*

Caracterização Familiar	n	%
Família Altamente Funcional	0	0
Família Moderadamente Disfuncional	0	0
Família Marcadamente Disfuncional	60	100
Classes da Escala de Apgar Familiar	Média	Desvio Padrão
Família marcadamente disfuncional	2,00	0,736

Variáveis Clínicas

Referente ao número de doenças (quadro 4), de acordo com os resultados apurados, há uma heterogeneidade de respostas. Assim, prevalecem os idosos com 3 doenças (46,7%), seguindo-se os que têm entre 1 a 2 doenças e mais de 3, com a mesma representatividade (26,7%, respectivamente).

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo o número de doenças

Número de Doenças	n	%
1 a 2 Doenças	16	26,7
3 Doenças	28	46,7
Mais de 3 Doenças	16	26,7
Total	60	100,0

Os dados do quadro 5, mostram que a maioria dos sujeitos da amostra, ou seja, 81,7% tem a presença de factores de risco de AVC, contrariamente a 18,3% que não apresenta.

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo os factores de risco

Factores de risco	n	%
Presença de Factores de Risco	49	81,7
Ausência de Factores de Risco	11	18,3
Total	60	100,0

Ao inquirirmos os idosos sobre se *praticavam actividade física regularmente* (quadro 6), podemos verificar que a sua maioria (85%) referiu que não praticava qualquer actividade física, com regularidade, e apenas 15% admite ter este tipo de actividade regularmente.

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo *Praticava actividade física regularmente*

Pratica de actividade física regularmente	n	%
Sim	9	15,0
Não	51	85,0
Total	60	100,0

Decorrente da questão anterior, apurámos que o tipo de actividade física mais praticada corresponde às caminhadas/ginástica, correspondendo a 15% da amostra total (quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo *a actividade física praticada regularmente*

Tipo de actividade física	n	%
Caminhada/Ginástica	9	15,0
Não Aplicável	51	85,0
Total	60	100,0

Quisemos ainda saber qual o *número de horas por semana* (quadro 8) que os idosos praticavam actividade física. Constatámos que, dos 15% de idosos que referiram praticar actividade física, 6,6% dos idosos praticava-a entre 1-3 horas por semana e 6,6% praticava-a durante mais de 3 horas por semana.

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo o número de horas por semana que praticava actividade física

Número de horas por semana	n	%
1 - 3	4	6,6
Mais de 3	4	6,6
Não Aplicável	52	86,7
Total	60	100,0

Um dado para nós relevante, era conhecer se após o AVC foram sujeitos a programas de reabilitação. Assim, faces às respostas pudemos verificar que 58,3% (maioria) a praticou e 41,7% não esteve sujeito a qualquer programa de reabilitação (quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a realização de programa de reabilitação

Programa de reabilitação	n	%
Sim	35	58,3
Não	25	41,7
Total	60	100,0

De seguida, procedemos à apresentação dos resultados relativos à Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global.

A Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global, tal como já referimos, avalia a dependência nas actividades de vida diárias da pessoa doente, permitindo, igualmente, avaliar o impacto da deterioração cognitiva nas actividades de vida diárias da pessoa doente. Esta é constituída por quadro sub-dimensões: Actividades Corporais; Actividades Locomotoras; Actividades Sensoriais e Actividades Mentais. Através do conjunto destas sub-dimensões, conseguimos perceber até que ponto os idosos da amostra em estudo estão dependentes dos seus cuidadores.

Observando o quadro 10, verifica-se que 43,3% dos idosos (maioria) apresentam um grau de Dependência Moderado; 25% dos sujeitos possuem um grau de Dependência Severo; 20% da amostra apresenta um Grau de Dependência Ligeiro e 11,6% dos idosos apresentam um grau de Dependência Muito Severo, sendo que nenhum dos idosos é independente.

Quadro 10 – Grau de dependência

Classes da MDA	n	%
0 - grau de dependência nulo	0	0
1 a 7 - grau de dependência ligeiro	12	20
8 a 14 - grau de dependência moderado	26	43,3
15 a 19 - grau de dependência severo	15	25
20 a 24 - grau de dependência muito severo	7	11,6
Total	60	100

Fazendo-se uma leitura global dos resultados apurados em cada uma das sub-dimensões da Escala, cujos dados estão expostos no quadro 11, concluímos que, nas Actividades Corporais, os sujeitos têm uma média de 3,62 e um desvio padrão de 2,001; nas Actividades Locomotoras apresentam uma média de 3,68 e um desvio padrão de 1,751; no que concerne às Actividades Sensoriais estes revelaram uma média de 2,00 e um desvio padrão de 1,473. Por último, alusivo às Actividades Mentais, os sujeitos da amostra possuem uma média de 3,05 e um desvio padrão de 1,466.

Foi nas Actividades Locomotoras que os idosos demonstraram estar mais dependentes, ou seja, onde evidenciaram ter menos dependência funcional, pois, a média obtida é a mais elevada ($\mu=3,68$), comparativamente às restantes. No entanto, está-lhe muito próxima a média obtida nas Actividades Corporais ($\mu=3,62$).

Através do somatório das sub-escalas, referida anteriormente, obteve-se uma média de 12,35 e um desvio padrão de 5,464, o que nos indica que estamos perante uma amostra com uma *dependência moderada*.

Quadro 11 – Médias e Desvios Padrão das Sub-dimensões da MDA

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Actividades Corporais	0	6	3,62	2,001
Actividades Locomotoras	0	6	3,68	1,751
Actividades Sensoriais	0	6	2,00	1,473
Actividades Mentais	0	6	3,05	1,466
Total	0	24	12,35	5,464

Seguidamente procedemos à análise dos resultados obtidos da Escala MDA utilizada neste estudo, tendo-se em conta os dados referentes às Actividades Corporais (I), Actividades Locomotoras (II), Actividades Sensoriais (III) e Actividades Mentais (IV).

Actividades Corporais (I)

Ao nível da sub-actividade Alimentação, 45% dos sujeitos da amostra necessitam parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada. Apurámos que 30% dos inquiridos alimenta-se normalmente e 25% tem necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (quadro 12).

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a *Alimentação*

Alimentação	n	%
Alimenta-se Normalmente	18	30,0
Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada	27	45,0
Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial	15	25,0
Total	60	100,0

Concernente à sub-actividade *Higiene* (quadro 13), constatámos que 65% dos sujeitos da amostra evidenciam uma necessidade de ajuda total; 23,3% necessita de ajuda parcial e 11,7% dos idosos faz a sua higiene, normalmente.

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a *Higiene*

Higiene	n	%
Faz a sua higiene normalmente	7	11,7
Necessita de ajuda parcial	14	23,3
Necessita de ajuda total	39	65,0
Total	60	100,0

Na sub-actividade *Eliminação* (quadro 14), verificámos que a maioria dos idosos, ou seja, 41,7%, tem incontinência urinária e fecal permanente; 30% possuem incontinência urinária e fecal ocasional e 28,3% têm micção e defecação normal.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a *Eliminação*

Eliminação	n	%
Micção e defecação normal	17	28,3
Incontinência urinária e fecal ocasional	18	30,0
Incontinência urinária e fecal permanente (algália ou doente ostomizado)	25	41,7
Total	60	100,0

Actividades Locomotoras (II)

Das Actividades Locomotoras, a *Transferência* (quadro 15) foi uma sub-actividade com resultados significativos, atendendo que 53,3% dos idosos têm necessidade de ajuda total, enquanto 33,3% necessita, apenas, de ajuda parcial ou de apoio. Ainda é de referir que 13,3% fá-lo normalmente.

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a *Transferência*

Transferência	n	%
Efectua-se normalmente	8	13,3
Necessidade de ajuda parcial ou de apoio	20	33,3
Necessidade de ajuda total	32	53,3
Total	60	100,0

Referente à sub-actividade *Deslocação* (quadro 16), houve uma predominância de idosos com necessidade de uma cadeira de rodas ou com impossibilidade de deslocação, resultando em 51,7% da amostra. Também verificámos que 35,0% dos idosos tem necessidade de ajuda humana ou técnica e, por último, 13,3% efectua a sua deslocação normalmente.

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo a *Deslocação*

Deslocação	n	%
Efectua-se normalmente	8	13,3
Necessidade de ajuda humana ou técnica	21	35,0
Necessidade de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação	31	51,7
Total	60	100,0

Quanto à sub-actividade *Espaço de Vida* (quadro 17), há um valor percentual significativo de sujeitos da amostra que está limitado ao domicílio/Lar (70%); 20% dos idosos podem estar no exterior ou em casa e 10% estão limitados à cama.

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a *Espaço de Vida*

Espaço de Vida	n	%
Possível no exterior ou em casa	12	20,0
Limitado ao domicílio	42	70,0
Limitado à cama	6	10,0
Total	60	100,0

Actividades Sensoriais (III)

Como se pode verificar no quadro 16, referente à sub-actividade *Fala*, mais de metade da amostra (53,3%) possui uma expressão verbal perfeita; 26,7% têm dificuldades em falar e 20% têm dificuldades na compreensão ou afasia.

Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo a *Fala*

Fala	n	%
Expressão verbal perfeita	32	53,3
Dificuldade em falar	16	26,7
Dificuldade na compreensão ou afasia	12	20,0
Total	60	100,0

Na sub-actividade *Visão*, obtivemos um valor percentual idêntico para os idosos que possuem uma visão normal e uma visão má (41,7%, respectivamente), enquanto 16,7% vê muito mal ou possui mesmo cegueira (quadro 19).

Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a *Visão*

Visão	n	%
Normal	25	41,7
Má	25	41,7
Muito má ou cegueira	10	16,7
Total	60	100,0

Na sub-actividade *Audição*, apurámos que metade da amostra (50%) tem uma audição normal; 41,7% tem uma audição má e, por último, 8,3% tem uma audição muito má ou mesmo surdez (quadro 20).

Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo a *Audição*

Audição	n	%
Normal	30	50,0
Má	25	41,7
Muito má ou surdez	5	8,3
Total	60	100,0

Actividades Mentais (IV)

No que se refere à sub-actividade *Memória* (quadro 21), mais de metade dos idosos (51,7%) possui esquecimentos mais ou menos frequentes; 35% tem esquecimentos muito frequentes ou amnésias e 13,3% tem funcionalidade normal em termos da mesma.

Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo a *Memória*

Memória	n	%
Normal	8	13,3
Esquecimentos mais ou menos frequentes	31	51,7
Esquecimentos muito frequentes ou amnésia	21	35,0
Total	60	100,0

No que concerne à sub-atividade *Comportamento* (quadro 22), 45% dos idosos possuem perturbações *minor*: teimosia, emotividade, lamentações; 41,7% têm comportamentos dentro dos parâmetros considerados funcionais e 13,3% têm perturbações *major*: agitação, desorientação, fuga.

Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo o *Comportamento*

Comportamento	n	%
Normal	25	41,7
Perturbações <i>minor</i>: teimosia, emotividade, lamentações	27	45,0
Perturbações <i>major</i>: agitação, desorientação, fuga	8	13,3
Total	60	100,0

Quanto à sub-atividade *Humor* (quadro 23), confirmámos que mais de metade da amostra (58,3%) sente tristeza ou irritabilidade; 26,7% são apáticos ou agressivos; 15 têm um humor, sem oscilações.

Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo o *Humor*

Humor	n	%
Normal	9	15,0
Tristeza ou irritabilidade	35	58,3
Apatia ou agressividade	16	26,7
Total	60	100,0

Resultados dos testes das hipóteses

Apresentamos os resultados dos testes das hipóteses enunciadas no capítulo dedicado à Metodologia.

H₁ – Existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

Para aferirmos a H₁, utilizámos o *T-Test* cujos resultados se encontram expressos no quadro 24. Segundo os valores de ordenação média, estes são muito homogêneos para os idosos da amostra.

Tendo em conta a relação estatística, verificámos que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a variável sexo e as sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global, uma vez que obtivemos um $p\text{-value} > 0,05$ em todas as sub-dimensões. Como tal, rejeitamos a hipótese formulada.

Quadro 24 - T-Teste – Sexo versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Actividades Corporais	Masculino	11	3,18	2,359	-0,795	0,607
	Feminino	49	3,71	1,926		
Actividades Locomotoras	Masculino	11	3,27	1,902	-0,858	0,997
	Feminino	49	3,78	1,723		
Actividades Sensoriais	Masculino	11	2,36	1,629	0,905	0,764
	Feminino	49	1,92	1,441		
Actividades Mentais	Masculino	11	2,82	1,601	-0,577	0,257
	Feminino	49	3,10	1,447		

H₂ – Existe relação estatisticamente significativa entre a idade dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

A fim de aferirmos a H₂, que procurou saber se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional, recorremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (Quadro 25), que tem como objectivo verificar se as distribuições dos grupos etários instituídos têm o mesmo parâmetro de localização.

Da análise dos resultados apresentados, podemos constatar que as diferenças dos valores médios de dependência funcional entre os idosos dos vários grupos etários não são, na maioria, significativas, à excepção da sub-dimensão *Actividades Corporais*, onde esse valor é ligeiramente significativo ($p\text{-value}=0,05$), sendo as médias mais elevadas para os idosos com idades compreendidas entre os 81-90 anos ($\mu=34,83$) e para os que se situam na faixa etária dos 71-80 anos ($\mu=33,82$). Estes resultados demonstram que é nas *Actividades Funcionais* que estes idosos revelam mais dependência.

Para as restantes sub-actividades da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global, os valores da significância foram $> 0,50$, o que resulta na rejeição da hipótese formulada.

Quadro 25 - *Kruskal-Wallis* – Idade versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Idade	n	Média	K	p
Actividades Corporais	60-70	14	21,18	7,835	0,050
	71-80	19	33,82		
	81-90	24	34,83		
	91-100	3	18,33		
Actividades Locomotoras	60-70	14	22,14	4,677	0,197
	71-80	19	32,42		
	81-90	24	33,81		
	91-100	3	30,83		
Actividades Sensoriais	60-70	14	34,04	3,455	0,327
	71-80	19	29,05		
	81-90	24	31,58		
	91-100	3	14,50		
Actividades Mentais	60-70	14	27,57	1,805	0,614
	71-80	19	32,45		
	81-90	24	21,90		
	91-100	3	20,65		

H₃ – Existe relação estatisticamente significativa entre o estado civil dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

Constatámos que a variável estado civil interferiu estatisticamente no nível de dependência funcional dos idosos da amostra, mais concretamente nas sub-dimensões *Actividades Corporais* e *Actividades Locomotoras* ($p\text{-value} < 0,05$), o que se deve ao facto de haver uma discrepância de valores médios entre os grupos, sendo os mais elevados para os idosos que não têm companheiro ($\mu=4,00$), traduzindo-se num maior nível de dependência funcional (Quadro 26). Estes dados levam-nos a aceitar a hipótese formulada para estas sub-dimensões.

Não registámos valores estatisticamente significativos para as restantes sub-dimensões, onde o valor de $p\text{-value}$ é $> 0,05$.

Quadro 26 - Anova – Estado Civil versus Sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Estado Civil	Média	F	p
Atividades Corporais	Não tem companheiro	4,00	8,109	0,006
	Tem companheiro	2,36		
Atividades Locomotoras	Não tem companheiro	4,00	7,112	0,010
	Tem companheiro	2,64		
Atividades Sensoriais	Não tem companheiro	1,85	2,145	0,148
	Tem companheiro	2,50		
Atividades Mentais	Não tem companheiro	3,20	1,977	0,165
	Tem companheiro	2,57		

H₄ – Existe relação estatisticamente significativa entre a situação socioeconómica dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional.

De acordo com o quadro 27, a variável situação socioeconómica não tem uma interferência na dependência do idoso, pois não existe significância em nenhuma sub-dimensão da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global, isto porque os valores médios estão muito próximos uns dos outros, em termos de classes da Escala de Graffar. Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

Quadro 27 - Kruskal-Wallis – Situação Socioeconómica versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Situação Socioeconómica	n	Média	K	p
Atividades Corporais	Classe III	2	30,75	0,111	0,946
	Classe IV	31	29,55		
	Classe V	27	28,25		
Atividades Locomotoras	Classe III	2	23,25	0,752	0,686
	Classe IV	31	27,81		
	Classe V	27	30,77		
Atividades Sensoriais	Classe III	2	30,75	0,036	0,982
	Classe IV	31	28,71		
	Classe V	27	29,19		
Atividades Mentais	Classe III	2	23,50	0,239	0,887
	Classe IV	31	29,09		
	Classe V	27	29,33		

H₆ – Existe relação estatisticamente significativa entre o número de doenças e o nível de dependência funcional dos idosos.

No que se refere à H₆, verifica-se que, na sub-dimensão *Atividades Sensoriais*, a existência de diferenças estatisticamente significativas (*p-value*=0,017), o que se deve ao facto de haver uma discrepância nos valores médios entre os grupos de número de doenças que os idosos têm, sendo a mais

elevada no grupo de 1-2 doenças ($\mu=2,88$), comparativamente aos restantes grupos instituídos. Esta variação de médias resultou na interferência da variável clínica – número de doenças – na capacidade funcional dos idosos, resultando na aceitação da hipótese formulada (Quadro 28).

Quadro 28 - Kruskal-Wallis - Número de doenças versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Número de doenças	n	Média	K	p
Actividades Corporais	1-2 doenças	16	33,97	0,990	0,610
	3 doenças	28	28,61		
	mais de três doenças	16	30,34		
Actividades Locomotoras	1-2 doenças	16	35,47	1,927	0,382
	3 doenças	28	28,84		
	mais de três doenças	16	28,44		
Actividades Sensoriais	1-2 doenças	16	2,88	4,405	0,017
	3 doenças	28	1,61		
	mais de três doenças	16	1,81		
Actividades Mentais	1-2 doenças	16	34,69	3,183	0,204
	3 doenças	28	26,30		
	mais de três doenças	16	33,66		

H₇ – Existe relação estatisticamente significativa entre factores de risco do AVC e o nível de dependência funcional dos idosos.

Na tentativa de sabermos se existe relação estatisticamente significativa entre a presença de factores de risco do AVC e o nível de dependência funcional dos idosos recorreremos a um teste não paramétrico, *U de Mann-whitney*. Deste teste, apurámos que a variável clínica em estudo interferiu significativamente em três sub-dimensões da Escala (Actividades Corporais, Actividades Locomotoras e Actividades Mentais), tendo, na globalidade, o grupo de doentes com factores de risco de AVC as médias mais elevadas, o que se traduziu em diferenças estatisticamente significativas, dado que $p\text{-value} < 0,05$ (quadro 29). Assim sendo, aceitamos a hipótese formulada, para estas dimensões da Escala.

Quadro 29 – U de Mann-whitney – Factores de risco versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Factores de Risco	n	Média	U	p
Actividades Corporais	Presença de Factores de Risco	49	27,38	116,500	0,003
	Ausência de Factores de Risco	11	44,41		
Actividades Locomotoras	Presença de Factores de Risco	49	27,84	139,000	0,009
	Ausência de Factores de Risco	11	42,36		
Actividades Sensoriais	Presença de Factores de Risco	49	29,18	205,000	0,208
	Ausência de Factores de Risco	11	36,36		
Actividades Mentais	Presença de Factores de Risco	49	28,24	159,000	0,031
	Ausência de Factores de Risco	11	40,55		

H₈ – Existe relação estatisticamente significativa entre a realização de programa de reabilitação e o nível de dependência funcional dos idosos.

Para que pudéssemos saber se existia relação estatisticamente significativa entre a realização de programa de reabilitação e o nível de dependência funcional dos idosos, recorremos a um teste U de *Mann-whitney*, encontrando-se os resultados expressos no quadro 30.

Neste podemos verificar que não há relação estatisticamente significativa entre a realização de programa de reabilitação e o nível de dependência funcional dos idosos, dado que $p\text{-value} > 0,05$ em todas as sub-dimensões da escala em análise. Estes resultados levam-nos a rejeitar a hipótese formulada.

Quadro 30 – U de Mann-whitney – Programa de reabilitação versus sub-dimensões da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Sub-dimensões	Programa de reabilitação	n	Média	U	p
Actividades Corporais	Sim	35	29,57	405,000	0,621
	Não	25	31,80		
Actividades Locomotoras	Sim	35	31,23	412,000	0,690
	Não	25	29,48		
Actividades Sensoriais	Sim	35	30,74	429,000	0,896
	Não	25	30,16		
Actividades Mentais	Sim	35	28,49	367,000	0,281
	Não	25	33,32		

2.9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Várias foram as etapas percorridas durante este estudo, como tal, o mesmo não se pode dissociar de cada uma delas. A secção da discussão dos resultados dedica-se a uma interpretação das descobertas. Nos estudos de orientação quantitativa, as interpretações são maioritariamente expectativas, representando os melhores palpites do investigador, os quais podem estar construídos sobre uma sólida teoria ou pesquisa anterior, no que concerne ao significado das descobertas (FORTIN, 2009).

Deste modo, procuraremos, neste ponto, analisar o conjunto dos resultados e interpretá-los segundo o tipo de estudo e o quadro de referência teórica utilizados, tendo em conta o facto de que visamos a descrição dos resultados e a verificação de hipóteses causais.

A este propósito Gil (1999) refere que quaisquer que sejam o tipo de estudo e o nível de investigação, deve proceder-se à avaliação do processo completo da investigação, tendo que os resultados demonstrar uma certa lógica relativamente quer às questões de investigação, quer às hipóteses. Por outro lado, devem ser igualmente relacionados com os resultados de outros trabalhos de investigação, no contexto dos limites da investigação empreendida.

O mesmo autor acrescenta que a discussão dos resultados deverá incidir sobre os resultados significativos previstos pelo investigador; sobre os resultados não significativos; os resultados significativos diferentes dos preditos, os resultados mistos e os resultados não previstos.

Nesta fase do estudo, feita a passagem pela fundamentação teórica existente, pela metodologia adoptada e pelos dados obtidos, debruçar-nos-emos, essencialmente, numa reflexão que se pretende crítica, sobre a discussão dos resultados, comparando-os com o que os investigadores dizem acerca da temática central desta investigação e que se relacionem com as palavras-chave deste estudo. A reflexão proposta visa ainda a elaboração de algumas considerações sobre as implicações que os resultados obtidos neste estudo poderão ter na nossa prática profissional.

2.9.1. Discussão dos resultados sociodemográficos

Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino (81,7%). Estes dados revelam uma desigualdade na repartição

por sexos dos idosos. Esta distribuição é análoga aos apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2005), os quais demonstram a feminilização do envelhecimento demográfico.

Estes dados empíricos também comprovam que, embora não se verifique alteração significativa na incidência dos AVC, a sua prevalência, na população, é crescente devido ao aumento da sobrevivência e do crescimento da população idosa (Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento, 2001). De acordo com a mesma entidade, como esta patologia aparece, sobretudo, nas idades mais avançadas e as tendências demográficas caminham no sentido do envelhecimento da população, é possível que a quantidade e a qualidade de cuidados de saúde sejam mais necessárias.

Constatámos que há um predomínio de idosos no escalão etário dos 81-90 anos (40%), seguindo-se, ainda, com significância, os idosos com idades compreendidas entre os 71-80 anos (31,7%) e os que têm entre os 60-70 anos de idade (23,3%). Apurámos uma média de idades de 78,18, com um desvio padrão de 9,284. Estes dados empíricos corroboram os de Imaginário (2004), dado que os mesmos demonstram que, na classe dos idosos com idade maior ou igual a 85 anos as mulheres são mais representativas, em comparação aos idosos do sexo masculino.

Salientamos também que os dados expostos corroboram o que a Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento (2001) refere acerca da incidência do AVC, a qual é, habitualmente, de 1 a 2 por 1 000 habitantes por ano, considerando que o maior factor de risco é o aumento da idade. Considera, ainda, que 85% dos doentes tem mais de 65 anos, que acima dos 85 anos a incidência é de 20% por ano e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos.

Por outro lado, e apesar da nossa amostra ser maioritariamente do sexo feminino, de acordo com os dados do Projecto "Médicos Sentinela", referenciado pela Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento (2001), 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, em todos os grupos etários. No grupo etário dos de 75 e mais anos, os valores foram semelhantes. Neste grupo, a proporção dos idosos de 80 anos e mais é superior no sexo feminino, o que foi confirmado pelos nossos dados.

Centrando-nos na variável estado civil, constatamos que 76,7% dos idosos não tem companheiro, ou seja, são viúvos e solteiros, e 23,3% têm companheiro, ou seja, são casados e/ou vivem em união de facto. Estes dados estão em consonância com o referido por Branco et al. (2001), na medida em que estes

autores referem que há uma predominância de idosos viúvos a nível nacional, destacando-se uma prevalência para as idosas viúvas. Salienta-se que a viuvez, por norma, está associada a um aumento de dependência e ao aumento da institucionalização dos idosos, conforme argumenta BRINK et al. (2004).

De acordo com os resultados obtidos da Escala de Graffar, tendo em conta o seu somatório, obtivemos uma média de 21,02, correspondendo à Classe IV – Família de classe inferior alta, com nível socioeconómico reduzido, aquela que apresenta um *score* total entre 18 a 21 pontos. Estes dados confirmam que os idosos, em Portugal, possuem baixos níveis de escolaridade, recebendo reformas muito baixas (NOGUEIRA e DIAS, 2001).

De acordo com a Escala de Apggar Familiar, obtivemos uma pontuação média de 2 o que corresponde a família marcadamente disfuncional. Estes dados contrariam os apurados por Martins (2006), dado que, na nossa amostra, a maioria dos idosos integram famílias marcadamente disfuncionais, o que se poderá dever ao facto da amostra ser constituída por idosos institucionalizados há algum tempo, tendo a maioria os familiares emigrados.

Neste sentido, referimos, ainda, que é importante que, mesmo estando os sujeitos da nossa amostra institucionalizados, estes devam ter um contacto emocional com a família, nomeadamente com aos familiares mais próximos, porque se se verificar o contrário, poder-se-á estar perante uma amostra de idosos com desânimo e com um balanço negativo em relação à vida.

2.9.2. Discussão dos resultados das variáveis clínicas

No que se refere ao número de doenças, houve uma heterogeneidade de respostas. Assim, prevaleceram os idosos com 3 doenças (46,7%), seguindo-se os que têm entre 1 a 2 doenças e mais de 3, com a mesma representatividade (26,7%, respectivamente). Também verificámos que a maioria dos sujeitos da mostra, ou seja, 81,7% apresentava factores de risco de AVC.

A pesquisa de factores de risco cardiovascular demonstra nos idosos uma elevada prevalência com 86,7% dos doentes com pelo menos um factor de risco identificado, tal como foi observado no presente estudo, em que os doentes tinham conjugados vários factores de risco (hipertensão arterial, dislipidémia e obesidade). Mesmo se se considerar cada factor de risco individualmente verifica-se uma prevalência bastante igual à descrita na literatura para este grupo etário.

Os resultados obtidos também estão em consonância com Martins (2002), que refere que o AVC é, predominantemente, uma doença dos indivíduos com mais de 65 anos e está correlacionada, essencialmente, com os factores de risco vascular, como foi confirmado neste estudo, onde prevaleceram a diabetes *mellitus*, o sedentarismo (número significativo de idosos que não pratica actividade física com regularidade, ou seja, 85% da nossa amostra), hipertensão arterial, a dislipidemia, entre outros. Considerando que cada vez mais são encontradas causas que predispõem um doente a contrair um AVC, então, é importante tem continuar-se a identificá-las e actuar sobre elas, isto é, desenvolver políticas de prevenção, podendo afirmar-se que a melhor maneira de tratar um AVC é fazer com que o doente não o tenha.

Neste sentido, tem de se implementar estratégias preventivas, sendo crucial ter-se informação sobre o padrão da doença e da prevalência dos factores de risco mais importantes (ROCHA, 2008).

No que concerne à história clínica anterior, a patologia associada que, no nosso estudo apresentou maior incidência foi a hipertensão arterial, como referido por Glader et al. (2003, *apud* Valadas, 2007), revelando nas outras uma ocorrência ligeiramente menos significativa, mas idêntica entre si.

A maioria dos idosos da nossa amostra (58,3%) afirmou que já fez sessões de reabilitação, o que vai de encontro ao previsto pela Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento (2001), que prevê que o doente que teve um AVC provavelmente vai participar num programa de reabilitação durante um a dois meses. O programa consiste em terapia física, terapia ocupacional e, se necessário, terapia da fala. O progresso da reabilitação varia de pessoa para pessoa. Para algumas, a recuperação fica completa em algumas semanas a seguir ao AVC. Algumas queixas e dificuldades desaparecem ou melhoram muito com o tempo e a reabilitação, especialmente nos 3 primeiros meses a seguir ao AVC.

Quem teve um AVC tem uma probabilidade maior de vir a ter outro, pelo que deve fazer, para sempre, tratamento preventivo. Os doentes, mesmo os que não foram muito afectados ou ficaram sem incapacidade, devem fazer a prevenção de um novo AVC, tendo em atenção os factores de risco e aderir à terapêutica instituída.

2.9.3. Discussão dos resultados da Escala de Avaliação de Dependência Rápida e Global

Os idosos apresentam, com muita frequência, a capacidade funcional diminuída, diminuição cognitiva e/ou sensitiva, necessitando de ajuda para cuidar de si próprio, seja em tarefas de cuidados pessoais, instrumentais ou de adaptação a meios dele desconhecidos, o que é agudizado quando sofrem um AVC (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2008).

Martins (2006) verificou as sequelas que comprometiam a capacidade funcional de doentes pós AVC, necessitando de um cuidador para assegurar as suas actividades básicas de vida diária. Os doentes manifestavam uma dependência funcional moderada ou grave para as actividades de vida diária, tal como foi confirmado no presente estudo, pois, através do somatório das sub-escalas, aludidas anteriormente, obteve-se uma média de 12,35 e um desvio padrão de 5,464 valor que integram, o que nos indica que estamos perante uma amostra de idosos com uma *dependência moderada*.

Segundo a Direcção Geral da Saúde (2004), baseando-se num estudo recente da ONSA, 2001, em Portugal, 12% das pessoas com idades iguais ou superiores aos 65 anos, após um AVC, precisam de ajuda para o exercício das actividades de vida diária, sendo esta uma realidade exacerbada pelo facto das pessoas idosas referirem viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referirem viver em situação de institucionalização.

Neste âmbito, citamos um estudo transversal realizado por Cunha; Rochelle; Oliveira (2009), com duração de 1 ano, com uma amostra de idosos institucionalizados no Lar dos Velinhos e Lar Betel. Participaram da pesquisa também idosos internados na Santa Casa de Misericórdia, nesse período, e os idosos que fazem parte do Programa de Assistência Domiciliar. Todos os idosos apresentaram sequelas causadas pelo AVC, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos.

Os resultados do estudo supracitado demonstram que maioria dos idosos era do sexo feminino à semelhança do nosso, com idade média de 80,64 anos. A hipertensão arterial foi a doença associada mais prevalente no grupo pesquisado, seguido do grupo de idosos com a Diabetes *Mellitus*, o que também foi corroborado no presente estudo. Segundo Campos et al. (2000, *apud* Azeredo, 2003) é comum que o comprometimento do estado nutricional no idoso se deva às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, ou pela presença de doenças crónicas.

Verificámos que, ao nível das *Actividades Corporais*, mais concretamente ao nível da *Alimentação*, 45% dos sujeitos da amostra necessitam parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada. Na *Higiene*, constatámos que 65% dos sujeitos da amostra evidenciam uma necessidade de ajuda total. Na sub-actividade *Eliminação*, houve uma predominância de idosos (41,7%) que têm incontinência urinária e fecal permanente.

Das *Actividades Locomotoras*, a *Transferência* foi uma sub-actividade com resultados significativos, atendendo que 53,3% dos idosos têm necessidade de ajuda total, enquanto 33,3% necessita, apenas, de ajuda parcial ou de apoio. Houve uma predominância de idosos com necessidade de uma cadeira de rodas ou com impossibilidade de deslocação, resultando em 51,7% da amostra. Também verificámos que 35,0% dos idosos tem necessidade de ajuda humana ou técnica. Quanto à sub-actividade *Espaço de Vida*, registou-se um valor percentual significativo de sujeitos da amostra com limitações no domicílio/Lar (70%).

Considerando as *Actividades Sensoriais*, constatámos igualmente que 26,7% dos idosos têm dificuldades em falar (afasia motora) e 20% têm dificuldades na compreensão ou afasia sensorial. Obtivemos um valor percentual idêntico para os idosos que possuem uma visão normal e uma visão má (41,7%, respectivamente). Na sub-actividade *Audição*, apurámos que 41,7% tem uma audição má e que 8,3% tem uma audição muito má ou mesmo surdez.

No que se refere às *Actividades Mentais*, mais de metade dos idosos (51,7%) possui esquecimentos mais ou menos frequentes; 35% tem esquecimentos muito frequentes ou amnésias. No que concerne à sub-actividade *Comportamento*, apenas 13,3% dos idosos têm perturbações *major*, ou seja, agitação, desorientação e fuga. Confirmámos que mais de metade da amostra (58,3%) sente tristeza ou irritabilidade e 26,7% são apáticos ou agressivos.

Estes resultados corroboram os apurados por Cunha; Rochelle; Oliveira (2009), cujo estudo demonstrou que há um resultado significativo no que diz respeito ao grau de incapacidade funcional dos idosos institucionalizados, pós AVC, onde a maioria tinha uma incapacidade funcional moderada e elevada, nomeadamente nos que andavam em cadeira de rodas ou nos que se apresentavam acamados.

Terroni et al. (2003) observaram que o comprometimento neurológico consequente do AVC acarreta prejuízos físicos, funcionais, emocionais e de comunicação, á semelhança dos encontrados nos idosos da nossa amostra.

Similaridade existe também no que se refere ao número de indivíduos que ficaram dependentes para a realização das actividades de vida diária: os nossos resultados são similares aos dados epidemiológicos referidos na literatura, verificando-se no estudo de Nunes; Pereira; Silva (2005), que 40% dos utentes ficaram dependentes de terceiros e destes 44% passaram à institucionalização.

A literatura refere que cerca de 30 a 60% das pessoas que sofrem um AVC ficam dependentes, encontrando-se a nossa amostra nos valores médios esperados.

2.9.4. Discussão dos resultados da aferição das hipóteses

Salientamos que apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas em três hipóteses H_3 , H_6 e H_7 , o que se traduz na aceitação das mesmas, uma vez que o estado civil, o número de doenças associadas e a presença de factores de risco de AVC interferiram no nível de dependência funcional dos idosos da nossa amostra. Referimos, ainda, que não foi possível aferirmos a H_5 , atendendo que na nossa amostra temos 100% de idosos com uma família marcadamente disfuncional, o que não nos permitiu a formação de grupos.

Resultados semelhantes foram alcançados por Nunes; Pereira; Silva (2005), uma vez que não verificaram qualquer comportamento de dependência ou relação considerável entre o sexo e a idade dos doentes. Os mesmos autores não encontraram relação estatisticamente significativa entre as patologias que os doentes apresentavam, os factores de risco e a dependência na realização das actividades de vida diária, contrariamente os resultados obtidos na nossa amostra.

Na literatura há algumas dessas relações, como, por exemplo, o facto de as mulheres apresentarem maior dependência e maior número de institucionalizações (Glader et al., 2003; Di Carlo, 2003), a existência de patologias associadas serem preditivas de uma maior dependência na realização das actividades de vida diária, após o AVC (Bagg et al., 2002) e existirem diferenças entre sexos relativamente às patologias associadas que o idoso apresenta (Glader et al., 2003).

Já quanto à variável estado civil se verifica um comportamento diferente: esta interferiu nas sub-dimensões *Actividades Corporais* e *Actividades Locomotoras* ($p < 0,05$), sendo os idosos sem companheiro os que obtiveram as médias mais elevadas ($\mu = 4,00$), traduzindo-se num maior nível de dependência funcional.

No que se refere à H_6 , apenas se verificou, na sub-dimensão *Actividades Sensoriais*, a existência de diferenças estatisticamente significativas (p -

$value=0,017$), o que se deve ao facto de haver uma discrepância nos valores médios entre os grupos de número de doenças que os idosos têm, sendo a mais elevada no grupo de 1-2 doenças ($\mu=2,88$), comparativamente aos restantes grupos instituídos.

Apurámos que a existência de factores de risco do AVC interferiu significativamente em três sub-dimensões da Escala (*Actividades Corporais*, *Actividades Locomotoras* e *Actividades Mentais*), tendo, na globalidade, o grupo de doentes com factores de risco de AVC as médias mais elevadas, o que se traduziu em diferenças estatisticamente significativas, dado que $p-value < 0,05$.

Neste sentido, Rabelo e Neri (2006) referem que o doente após AVC, por norma, tem de enfrentar incapacidades residuais, tais como a paralisia de músculos, a rigidez nas partes do corpo afectadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais. A curva que representa a trajectória da recuperação das funções físicas e cognitivas afectadas pelo AVC atinge o máximo aproximadamente seis meses após o episódio. Num período que varia de um mês a dois anos, após o AVC, os doentes podem sofrer uma deterioração da sua capacidade funcional, bem como podem melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial (Skilbeck, 1996, *apud* Rabelo e Neri, 2006). A velocidade da recuperação e o grau de adaptação variam de pessoa para pessoa e dependem da gravidade das lesões e do empenho em processos de reabilitação eficientes.

Salientamos também um estudo quantitativo observacional, de *coorte* prospectivo, desenvolvido por Cruz e Silva (2005), para caracterizar a evolução funcional de utentes idosos que sofreram um AVC durante os primeiros 6 meses de recuperação e averiguar a existência de relações entre a evolução funcional e as suas características individuais, e o seu percurso. Os doentes eram da região de Lisboa e Setúbal, acompanhados na fase aguda nos Hospitais Garcia de Orta (Almada), São Bernardo (Setúbal), Egas Moniz, São Francisco Xavier e Clínica de Santo António da Reboleira (Lisboa).

Contrariamente à nossa amostra, a de Cruz e Silva (2005) era constituída maioritariamente por idosos do sexo masculino, com uma média global de idades de 68,95 anos. A maioria da amostra apresentava HTA e problemas cardíacos, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, obesidade e englobavam-se num grupo de risco devido ao factor idade, que, de acordo com a literatura, é considerada um factor de risco quando superior a 65 anos. De notar que, em todas as conjugações de factores de risco, surge a idade associada, tal como na nossa amostra. Alguns doentes ficaram dependentes de terceiros após a lesão cerebral, verificando-se

situações de institucionalização e situações em que, embora o doente habitasse com o cônjuge e mantivesse essa condição após o AVC, passou a necessitar do seu auxílio para realizar as suas actividades de vida diária.

Em suma, o AVC, frequentemente, resulta num sofrimento psíquico e em limitações nas actividades de múltiplos domínios do funcionamento locomotor, corporal, sensorial e mental. Muitos estudos indicam mudanças na qualidade de vida dos doentes idosos, pós AVC, mesmo entre aqueles que foram moderadamente afectados (DOYLE, 2002).

CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho, é chegado o momento de fazermos o ponto de reflexão sobre o estudo realizado e através do qual pretendemos dar conta das conclusões mais relevantes a que chegámos, ainda que reconheçamos que muito há ainda por responder, constituindo-se, assim, um trabalho aberto a novas questões e, como tal, a uma continuidade, numa futura investigação.

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direcção Geral da Saúde, 2001). Pode ser de vários tipos, é multifactorial e apresenta inúmeras consequências, sendo o seu prognóstico condicionado por factores fisiológicos, inerentes à lesão, bem como por características individuais do doente ou factores externos que, directa ou indirectamente, estão relacionados com este e a sua condição após o AVC, influenciando a sua recuperação.

O envelhecimento promove alterações que tornam o organismo mais susceptível ao aparecimento de patologias, das quais sobressaem as doenças cardiovasculares, no caso deste estudo, o AVC, uma das principais causas de incapacidade no idoso e torna-se cada vez mais um problema de saúde pública.

O impacto do AVC na sociedade tem sido crescente pelo aumento da sua prevalência na população, devido à maior sobrevivência e ao aumento da população idosa e pela incapacidade que provoca, com grande impacto nos vários domínios relativos ao doente.

Procurando compreender esta condição e as suas relações, surgiu este estudo, com o objectivo de conhecermos o grau de dependência do idoso no desenvolvimento das suas actividades de vida diária e ao mesmo tempo poder analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas) e a dependência funcional do idoso após AVC.

Os dados empíricos do presente estudo, de natureza quantitativa e causal-comparativo, numa amostra de 60 idosos institucionalizados, vítimas de AVC, comprovaram que estamos perante uma amostra com uma *dependência moderada*

e que foi nas *Actividades Locomotoras* onde os idosos demonstraram estar mais dependentes, estando-lhe muito próxima a média obtida nas *Actividades Corporais*.

Outra conclusão a que chegámos prende-se com a aceitação da H_3 para as *Actividades Corporais* e *Actividades Locomotoras*, tendo sido os idosos sem companheiro os que obtiveram as médias mais elevadas, resultando num maior nível de dependência funcional, comparativamente aos que têm companheiro.

Aceitámos igualmente a H_6 na sub-dimensão *Actividades Sensoriais*, onde registámos diferenças estatisticamente significativas, resultando do facto de haver uma divergência nos valores médios entre os grupos de número de doenças que os idosos apresentavam, sendo a mais elevada no grupo de idosos que possuía 1-2 doenças, comparativamente aos restantes grupos instituídos. Verificámos igualmente que a presença de factores de risco do AVC interferiu significativamente em três sub-dimensões da Escala (*Actividades Corporais*, *Actividades Locomotoras* e *Actividades Mentais*), tendo, na globalidade, o grupo de doentes com factores de risco de AVC as médias mais elevadas, o que se traduziu em diferenças estatisticamente significativas, resultando na aceitação da H_7 .

Estes resultados sugerem a necessidade de se continuar a investigar este mesmo objectivo, mas por um período de tempo maior, com amostras maiores, atendendo a que não obtivemos resultados significativos, em termos estatísticos, nas restantes variáveis em estudo. Porém, como demonstrámos, estes resultados confirmam o que está registado em termos de literatura específica, resultante de estudos realizados, os quais foram sendo expostos ao longo deste trabalho.

Face ao exposto, sugerimos que, no processo de recuperação dos idosos, após AVC, os estímulos realizados devem otimizar a capacidade de reorganização cerebral conjugando-se a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente sócio-familiar (no caso deste estudo, na Instituição de acolhimento), com tarefas básicas de auto-cuidado e de actividades instrumentais das actividades da vida diária, bem como promovermos a prática de exercício físico adaptado, como forma de reabilitação e de prevenção.

Atendendo aos resultados obtidos, devemos promover a inserção de programas regulares e sistematizados de exercícios físicos em instituições, na tentativa de reduzir, pelo menos, o grande declínio cognitivo dos idosos.

Sugerimos também que se deve dar prioridade às actividades preventivas e de promoção da saúde, recomendando um adequado controlo dos factores de risco para o AVC (hipertensão arterial, doença cardíaca, diabetes *mellitus*, cessação

tabágica e alcoólica, redução da subcarga ponderal e sedentarismo, entre outros) e a promoção de estilos de vida que garantam uma melhor qualidade de vida.

Devemos fomentar também nas instituições, condições para uma maior interacção entre os técnicos de saúde e famílias, integrando-as nos cuidados aos seus familiares na própria instituição, facilitando, assim, a socialização e o ambiente familiar, para que os idosos não entrem em declínio emocional, e logo em declínio funcional.

Uma outra sugestão vai ao encontro da importância da existência de um enfermeiro diariamente com a colaboração de um enfermeiro de reabilitação nas instituições para que se implementem cuidados de reabilitação continuamente, no sentido de promover a independência nas actividades de vida diária e, ao mesmo tempo, reintegrarem-se na sua relação com a família/sociedade, sobretudo, nas actividades de lazer. Propomos, ainda, que se incite a formação complementar dos diversos técnicos de saúde, para que nas instituições se desenvolvam conceitos de envelhecimento saudável nos idosos, sendo o objectivo primordial a promoção da qualidade de vida.

Por fim, referimo-nos às limitações encontradas, durante a realização deste trabalho, sendo a primeira os poucos estudos sobre a (in)capacidade funcional dos idosos, pós AVC, institucionalizados. As limitações de âmbito metodológico deste estudo dizem respeito ao número limitado de elementos da amostra, condicionado pela duração da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, o que não nos permite extrapolar os resultados a outras amostras. Uma outra limitação encontrada tem a ver com o facto de não termos podido inferir a H_5 , a qual previa a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar dos sujeitos da amostra e o nível de dependência funcional, uma vez que estávamos perante uma amostra de idosos pertencentes a uma família marcadamente disfuncional. No entanto, fica a certeza que estas limitações foram ultrapassadas e que houve um processo de crescimento pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, Fernanda Maria Mendes de – **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. [Tese de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia, 2009, p. 32.

ARAÚJO, Fátima; RIBEIRO, José Luís Pais; OLIVEIRA, António; PINTO, Cristina - **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados** (2007). [Consult. a 4 de Janeiro de 2011]. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf.

ARAÚJO, Isabel Maria; PAÚL, Constança; MARTINS, Maria Manuela - Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. Revista Referência. II.ª Série – nº 7 – Outubro de 2008, pp. 43-53.

AZEREDO, Zaida - O doente com AVC e o prestador de cuidados. Geriatrics, nº 15, 2003, pp. 27-30.

BRINK, Carolien L. [et al.] – Effect of widowhood of disability onset in elderly men from three European countries. Journal of American Geriatrics Society. [Consult. 12 de Março de 2010]. Disponível em: www.allbusiness.com/reports-reviews.

BRUNO, A. - Motor Recovery in Stroke (2004) [Consult. a 12 de Dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/pmr/topic234.htm>.

CARDOSO, Teresa; FONSECA, Teresa; COSTA, MANUELA – Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. Acta Médica Portuguesa, nº 16 (2003), Porto: Departamento de Medicina. Hospital Pedro Hispano. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, pp. 239-244.

CRUZ, Dídia Carolina Miranda; LOUREIRO, Hugo André de Moura Loureiro; SILVA, Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da; FERNANDES, Mariana Mouronho – As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista de Enfermagem Referência. III Série – nº 2 - Dez. 2010, pp. 127-136.

CRUZ, Eduardo; SILVA, Madalena Gomes da – A Fisioterapia e os Movimentos de Bolonha. (2005). Consult. 4 de Março de 2010]. Disponível em: www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol1n3.pdf.

CUNHA, Elaine Cazelato da; ROCHELLE, Sergio Luiz de Almeida; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de - Desnutrição em pacientes hospitalizados e institucionalizados com AVC. [Consult. 30 de Maio de 2010]. Disponível em: www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/.../314.pdf.

DGS – Direcção de Serviços e Planeamento, *Unidades de AVC*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

DI CARLO, A. [et al.] - Sex differences in the clinical. presentation, resource use and 3-month outcome of acute stroke in Europe. Stroke, Vol.34,2003, pp.1114-1119.

DUARTE, Rui e colaboradores – **Diabetologia Clínica**. (3ª Ed.) Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda., 2004, pp. 15-24.

FERRO, M. José – Prevenção secundária do AVC. Pathos. nº 10 Julho/Agosto (2006), pp. 8-13.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009.

GIL, António Carlos - **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GLADER, E. [et al.] - Sex differences in management and outcome after stroke. Stroke, Vol.34, 2003, pp.1970-1975.

GOMES, Ana; NASCIMENTO, Edite; MATOS, Luís [et al.] – Acidente Vascular Cerebral no adulto jovem: Estudo prospectivo de 58 doentes. Medicina Interna. Vol.15, nº 3 (2008), pp. 161-168.

KELLEY, R.E. - Ischemic Demyelination. Neurol Res, 28(3) (2006), pp. 30-37..

LOBO, Cristina; PEREIRA, Adriana – Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. Revista Referência - II.ª Série - nº 4 Junho (2007), pp. 61-68.

MAROCO, João - **Análise Estatística: Com Utilização do SPSS**). Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MARQUES, Sueli; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; KUSUMOTA Luciana - O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. Revista Latino-Americana de Enfermagem (2006) Maio-Junho; nº 14(3) [Consult. a 12 de Dezembro de 2010]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

MARTINS, Maria Manuela – Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamentos hospitalares. Geriatrics. Lisboa, Ano XI, Vol. XI, n.º 108, Outubro (2006), pp. 23-29.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – **Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência**. Coimbra: Formasau, 2002, pp. 66-

MARTINS, Teresa - **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar**. Coimbra: Formasau, 2006.

NOGUEIRA, Sérgio; DIAS, Pedro Miguel – Educação para o Desenvolvimento Sustentável. [Consult. 30 de Maio de 2010]. Disponível em: www.min-edu.pt/data/Noesis/noesis_80bx.pdf.

NUNES, Sara; PEREIRA, Carla; SILVA, Madalena Gomes da - Evolução Funcional de Utentes após AVC nos Primeiros Seis Meses Após a Lesão (2005). [Consult. A 4 de Janeiro de 2011]. Disponível em: http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol1n3.pdf.

PEREIRA, Alexandre - SPSS – **Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**. Lisboa: Edições Sílabo, 2006.

PIMENTEL, Luísa - **O Lugar do Idoso na Família**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005, pp. 15-23.

PORTUGAL – Circular Normativa. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, nº: 13/DGCG, 2004, p. 5.

PORTUGAL - Despacho do Ministro da Saúde número 16415/2003 – Diário da República número 193, II Série, de 22 de Agosto de 2003 e em cumprimento do despacho referido, transcrito em anexo à Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, número 15/DGCG, de 5 de Setembro de 2003.

PORTUGAL - Ministério da Saúde. DGS - Ganhos em Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

PORTUGAL – **Unidades de AVC** - Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento (2001). [Consult. a 12 de Dezembro de 2010]. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf.

RABELO, Dóris Firmino; NÉRI Anita Liberalesso - Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Estudos de Psicologia, nº 11(2) (2006), pp. 169-177.

RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DO AVC ISQUÉMICO –
Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico
Transitório, 2007.

ROCHA, Sara Isabel Mendes – *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda: Avaliação de Protocolo de Trombólise*. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais. Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Faculdade e Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, 2008, pp. 4-41.

SANTOS, Fernandes Purificação - **A Depressão no Idoso**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002, pp. 45-47.

SANTOS, Paulo Alexandre – **O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social**. [Dissertação de Mestrado] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. [Consult. 30 de Maio de 2010]. Disponível em: <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese.htm>.

TERRONI, Luisa de Marillac Niro; LEITE, Claudia Costa; TINONE, Gisela; JR, Renério Fráguas – Depressão pós AVC: Factores de risco e terapêutica antidepressiva. Revista da Associação Médica Brasileira, V.49, nº 4, 2003, pp. 450-459.

TUCKMAN, Bruce Wayne - **Manual de investigação em educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

VALADAS, Maria dos Anjos Berjano - O doente internado na unidade de AVCs. Sinais Vitais, nº 70, 2007, pp. 14-18.

VAZ, Ester - **A Velhice na Primeira Pessoa**. Penafiel: Editora Novembro, 2008, p. 25.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**INSTRUMENTO DE
COLHEITA DE DADOS**

TEMA: Dependência Funcional dos Idosos Pós AVC

Cátia Susana Almeida Gonçalves

**Visu
Setembro 2010**

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. SEXO:

Masculino	
Feminino	

2. IDADE:

_____ anos

3. ESTADO CÍVIL:

Solteiro (a)	
Casado (a)	
Viúvo (a)	
Divorciado (a)	
União de facto	

4. COM QUEM VIVE HABITUALMENTE

Cônjuge / Companheiro (a)	
Filho (a)	
Irmão (ã)	
Amigo (a)	
Sozinho (a)	
Outro Quem? _____	

II – ESCALA DE GRAFFAR – Nível Sócio-Económico

SITKEWICH e GRUNBERG (1979) *cit. in* SOUSA (1999)

1. PROFISSÃO

- Directores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários.
- Chefes administrativos ou de grandes empresas e comerciantes.
- Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados.
- Motoristas, polícias, cozinheiros e outros (operários especializados).
- Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, e outros (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

Descrição: _____

2. NÍVEL DE INSTRUÇÃO

- Ensino universitário e equivalente.
- Ensino médio ou técnico-superior (técnicos peritos).
- Ensino médio ou técnico-superior (cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia).
- Ensino primário completo.
- Ensino primário incompleto ou nulo.

Descrição: _____

3. RENDIMENTO FAMILIAR

- A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.
- Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados.
- Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo.
- Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas.
- A beneficência pública é que o sustenta ou à sua família.

Descrição: _____

4. CONFORTO DA HABITAÇÃO

- Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo conforto.
- Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis.
- Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho.
- Categoria intermédia entre andares modestos e alojamento impróprio.
- Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação.

Descrição: _____

5. ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

- Bairro residencial e elegante, onde os valores dos terrenos são elevados.
- Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas.
- Bairros em ruas comerciais, estreitas ou antigas.
- Bairros operários, populosos, mal arejados, próximos de fábricas.
- Bairros de lata.

Descrição: _____

III – ESCALA DE APGAR FAMILIAR – Caracterização Familiar

SMILKSTEIN (1978) – Versão Portuguesa: AGOSTINHO & REBELO (1988)

	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			

IV – VARIÁVEIS CLÍNICAS

1. NÚMERO DE DOENÇAS ASSOCIADAS:

_____ Doenças.

Quais? _____

2. PRATICAVA ACTIVIDADE FÍSICA REGULAR?

Sim. Não.

Qual? _____

Nº de horas/ semana: _____ horas.

3. JÁ FEZ ALGUMA SESSÃO DE REABILITAÇÃO?

Sim. Não.

V – ESCALA de AVALIAÇÃO de DEPENDENCIA RÁPIDA e GLOBAL

MDA : Mini Dependence Assessment

Fonte: “Avaliar a dependência dos idosos” (Benhamou, s.d., *in* Santos, 2005)

1. ACTIVIDADES CORPORAIS	
a) Alimentação	
0 = Alimenta-se normalmente.	
1 = Necessita parcialmente de auxílio ou de alimentação triturada.	
2 = Necessidade total de ajuda humana ou de alimentação artificial (sonda, perfusão).	
b) Higiene	
0 = Faz a sua higiene normalmente.	
1 = Necessita de ajuda parcial.	
2 = Necessita de ajuda total.	
c) Eliminação	
0 = Micção e defecação normal.	
1 = Incontinência urinária e fecal ocasional.	
2 = Incontinência urinária e fecal permanente (algália ou doente ostomizado)	
SUB-TOTAL	
2. ACTIVIDADES LOCOMOTORAS	
a) Transferência (subir ou descer da cama)	
0 = Efectua-se normalmente.	
1 = Necessidade de ajuda parcial ou de apoio.	
2 = Necessidade de ajuda total.	
b) Deslocação (no domicílio ou no exterior)	
0 = Efectua-se normalmente.	
1 = Necessidade de ajuda humana ou técnica.	
2 = Necessidade de uma cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocação.	
c) Espaço de vida (+ - ajuda humana ou técnica)	
0 = Possível no exterior ou em casa.	
1 = Limitado ao domicílio.	
2 = Limitado à cama.	
SUB-TOTAL	
3. ACTIVIDADES SENSORIAIS	
a) Fala	
0 = Expressão verbal perfeita.	
1 = Dificuldade em falar.	
2 = Dificuldade na compreensão ou afasia.	
b) Visão (+ - correcção)	
0 = Normal.	
1 = Má.	
2 = Muito má ou cegueira.	
c) Audição	
0 = Normal.	
1 = Má.	
2 = Muito má ou surdez.	
SUB-TOTAL	

4. ACTIVIDADES MENTAIS				
a) Memória				
0 = Normal.				
1 = Esquecimentos mais ou menos frequentes.				
2 = Esquecimentos muito frequentes ou amnésia.				
b) Comportamento				
0 = Normal.				
1 = Perturbações minor: teimosia, emotividade, lamentações.				
2 = Perturbações major: agitação, desorientação, fuga.				
c) Humor				
0 = Normal.				
1 = Tristeza ou irritabilidade.				
2 = Apatia ou agressividade.				
SUB-TOTAL				
TOTAL				
Nulo (0)	Ligeiro (1-7)	Moderado (8-14)	Severo (15-19)	Muito severo (20-24)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO II – Autorização para a aplicação do formulário



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE TAROUCA

Ex.^{ma} Sr.^a

Escola Superior de Saúde de Viseu
A/C Exma. Sr.^a Rosa M. Lopes Martins
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
Nº 102
3500 - 843 VISEU

Sua referência: Sua comunicação de Nossa Referência DATA
..... / / Of.º N.º.....**326/010** **2010/09/28**

ASSUNTO: **Autorização para efectuar a colheita de dados**
Cátia Susana Almeida Gonçalves

Exma. Senhora:

Em conformidade com o V. Ofício nº 827, datado de 24-09-2010, informamos V. Exa. de que a aluna acima referida está autorizada a recolher dados/informação para desenvolver o estudo sobre o tema “*Dependência Funcional dos Idosos Pós-AVC*”.

Mais se informa que a aluna acima referida já se encontra a efectuar a referida de dados.

O PROVIDOR,


Lucílio Fernando de Assunção Teixeira

SA/...

..... /



Centro Social Filhas de S. Camilo

Quinta dos Prados – Rina
5100 – 196 Lamego
Telf: 254 600 210 Fax: 254655838
E.mail: csocial.fcamilo@mail.telepac.pt
Site : <http://filhascamilo.do.sapo.pt/serviços.htm>

Lamego, 04 de Novembro de 2010

Ex.mo Senhor Director da:
Escola Superior de Saúde de Viseu

Assunto: Resposta ao pedido de autorização para efectuar a colheita de dados

Muito respeitosamente me dirijo ao Senhor Director para o saudar e, ao mesmo tempo, comunicar-lhe o seguinte:

É com muito prazer que recebemos a aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu **Cátia Susana Almeida Gonçalves**, do 3.º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, para desenvolver um estudo subordinado ao tema **“Dependência Funcional dos Idosos Pós-AVC”**, desejando desde já, que esta aluna saia daqui, com uma oportunidade de valorização e conhecimentos, que lhe vão de certeza absoluta servir ao longo da sua existência.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Sempre ao dispor,



CENTRO SOCIAL FILHAS DE S. CAMILO
Telf: 254 600 210 - Fax: 254 655 838
E-mail: csocial.fcamilo@mail.telepac.pt
Quinta dos Prados – RINA
5100-196 L A M E G O PORTUGAL

Filomena

P / Direcção