

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Se meu andar é hesitante e minhas mãos trémulas, ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...

Um pouco...

Do muito que te dei um dia!!!

Autor Desconhecido

AGRADECIMENTOS

Este pequeno espaço foi reservado para lembrar todos aqueles que de uma forma mais profunda ou sublime, contribuiriam para a realização deste trabalho, que me orientaram, ensinaram e apoiaram em todos os momentos. Assim, não podíamos deixar de agradecer:

À Professora Doutora Rosa Martins, pelo apoio pedagógico, receptividade, estímulo, compreensão, sabedoria e orientação crítica e sugestiva, e sobretudo pela sua paciência, pois sem elas tudo teria sido mais difícil.

Agradeço especialmente: ao meu pai que sempre acreditou nas minhas potencialidades, a uma amiga muito especial, Maria Coelho pela sua amizade, paciência e carinho e ao João, a minha cara-metade, pelo seu amor.

A todos o nosso obrigado

RESUMO

Introdução – Apesar dos avanços conseguidos na prevenção e intervenção do acidente vascular cerebral, este continua a ser a condição mais prevalente e com maior impacto na sociedade, com alterações significativas no estado de saúde dos indivíduos. Os processos de reabilitação continuados têm-se mostrado bastante eficazes na recuperação da independência funcional destes doentes. Assim o objectivo geral deste estudo consiste em avaliar o nível de independência funcional, e os factores determinantes nesses níveis, em doentes sujeitos a programas de reabilitação continuados e doentes sem reabilitação.

Métodos – Efetuou-se um estudo do tipo transversal, analítico-correlacional, de natureza quantitativa e de cariz descritivo, no qual participaram 80 doentes, 40 dos quais integrados em processos continuados de reabilitação. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário composto por questões de caracterização sociodemográfica, de caracterização clínica, uma escala de APGAR Familiar e uma Escala de Medida de Independência funcional (MIF).

Resultados – As evidências encontradas neste estudo, demonstram que o nível de independência funcional é mais elevado na sua generalidade na amostra de indivíduos sujeitos a processos de reabilitação. As variáveis que influenciaram significativamente a independência funcional, foram a idade (no grexp em todas as dimensões, no grcont nos cuidados pessoais, comunicação e comportamento social), estado civil (em ambos os grupos nas dimensões de cuidados pessoais e controle de esfíncteres, e no grcont ainda na mobilidade, comunicação e comportamento social), habilitações académicas (grexp em todas as dimensões, no grcont apenas na comunicação), prática de exercício físico(grexp nas dimensões de cuidados pessoais, controle de esfíncteres e comportamento social), a localização do AVC (grexp na dimensão de mobilidade e comportamento social), a frequência do AVC (grexp. em todas as dimensões excepto controle de esfíncteres).

Conclusão – As variáveis clínicas e sociodemográficas exercem uma maior influencia na independência funcional, quando testadas dimensão a dimensão. Face ao supracitado, podemos concluir que o programa de reabilitação, exerce um papel fulcral na independência funcional do doente, pelo que este deve ser iniciado o mais precoce possível e continuado de forma sistemática.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Factores de risco, determinantes, Reabilitação e Independência Funcional

ABSTRACT

Introduction – Despite the numerous advances in prevention and management of the cerebral vascular accidents (stroke), this is still the most prevalent condition with great impact on the Portuguese society, generating significant changes in the health status of these individuals. The aim of this study was to evaluate the level of functional independence, to identify the factors that influence it and its correlation with demographic and clinical variables comparing the difference in the level of functional independence of patients undergoing rehabilitation and patients that did not undergo this process.

Methods – We conducted in 80 patients a cross-sectional, analytic, correlational, quantitative and descriptive study. Half of these patients were integrated into a rehabilitation process and the other half was used as control group. Regarding to data collection, we used a questionnaire of sociodemographic characterization, a questionnaire of clinical characterization, APGAR Family scale, Measure of Functional Independence Scale – (MIF).

Results – The indications that can be found in this study show that the level of functional independence is, in general, higher in the sample of individuals undergoing a rehabilitation process. The variables that significantly influenced functional independence, were age (in the experimental group (gexp) in all dimensions, in control group (grcont) personal care, communication and social behavior), marital status (in both groups in the dimensions of personal care and sphincter control, and grcont in mobility, communication and social behavior), educational attainment (gexp in all dimensions, in grcont only in communication), physical exercise (gexp in the dimension of personal care, sphincter control and social behavior), location of the stroke (gexp dimension in mobility and social behavior), the frequency of strokes (gexp. in all dimensions except sphincter control).

Conclusion – The sociodemographic and clinical variables apply a greater influence on functional independence, when tested in each dimension. Given the information above, we can conclude that rehabilitation plays a central role in the patient's functional independence, and it should be initiated as early as possible and continued vigorously.

Keywords: Cerebral Vascular Accident (Stroke), Risk Factors, Functional Independence

INDICE

1 – INTRODUÇÃO	17
2 – METODOLOGIA.....	29
2.1 – PARTICIPANTES.....	30
2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	30
2.3 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	33
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	37
3.1.1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	37
3.1.2 - Caracterização Clínica dos participantes.....	41
3.1.3 – Caracterização da Funcionalidade familiar dos participantes.....	44
3.1.4 – Caracterização da Independência funcional dos participantes	46
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	48
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
5 – CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	85
ANEXO II – Autorização para efetuar colheita de dados	91

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes	38
Tabela 2 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra.....	39
Tabela 3 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra (cont.).....	41
Tabela 4 – Dados de caracterização clínica dos Participantes	43
Tabela 5 – Dados da Escala de APGAR Familiar dos Participantes	45
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar	46
Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos pelas dimensões da MIF	47
Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de independência funcional	48
Tabela 9 – Teste de Mann-Whitney entre o género e Independência. Funcional de Doentes com AVC	49
Tabela 10 – Teste de Mann-Whitney entre idade e a Independência. Funcional de Doentes com AVC.....	50
Tabela 11 – Teste Kruskal-Wallis entre estado civil e a Independência. Funcional de Doentes com AVC.....	51
Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre escolaridade e a Independência. Funcional de Doentes com AVC	52
Tabela 13 – Teste de Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e a Independência. Funcional de Doentes com AVC	53
Tabela 15 – Teste de Mann-Whitney entre local do AVC e a Independência. Funcional dos Doentes	55
Tabela 16 – Teste de Mann-Whitney entre nº de AVC e a Independência. Funcional dos Doentes	56
Tabela 17 – Teste de Mann-Whitney entre realização de trombólise e a Independência. Funcional de Doentes com AVC	57
Tabela 18 – Teste de Mann-Whitney entre funcionalidade familiar e a Independência. Funcional de Doentes com AVC.....	58

INDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

ANOVA- Análise de variância a um fator

AIT- Acidente isquémico transitório

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD´s – Atividades de vida diária

ABVD´s - Atividades básicas de vida diária

AIVS´s - Atividades instrumentais de vida diária

Cont- continuação

DGS – Direção Geral de Saúde

DM II – Diabetes Mellitus tipo II

EP – erro padrão

ESO- European stroke organization

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EUSI - European Stroke Iniciation

GRexp- grupo experimental

GRcont- grupo controle

HSA – Hemorragia sub-aracnoideia

HTA – Hipertensão arterial

IF – Independência Funcional

MIF – Medida de Independência Funcional

SPAVC – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

SK - Skewness

p - página

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO- World Health Organization

UMW- U Mann Whitney

1 - INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) pode ser definido como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbações focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem a morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. Sendo assim, é compreendido como uma dificuldade em maior ou menor grau de fornecimento de sangue de uma determinada área do cérebro, conduzindo estas alterações consequentemente, a uma perda ou diminuição das suas funções (Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2006).

O AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (Lopez et al., 2006). Sabemos que anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de Acidente Vascular Cerebral. Destes, morrem em média 5 milhões e os outros 10 milhões ficam permanentemente incapacitados, constituindo um fardo para a família e para a comunidade. A incidência está a diminuir em muitos países desenvolvidos com o melhor controlo da tensão arterial e redução dos efeitos do tabaco. Contudo, o número absoluto, continua a aumentar devido ao envelhecimento da população, representando a 3ª causa de morte mais comum, logo a seguir à doença arterial e neoplasias (World Health Organization [WHO]; European Stroke Organization [ESO], 2003).

O AVC é a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa, assim como noutros países industrializados (American Heart Association, 2006; Nogueira et al., 2007; Kwakkel et al., 2004; Kwakkel, Kollen & Twisk, 2006; European Stroke Iniciation [EUSI], 2003).

Como recentes estudos epidemiológicos ilustram, as deficiências após AVC aparecem na forma de disfunções neurológicas (por exemplo, motoras, sensoriais, visuais), limitações na capacidade de executar atividades de vida diárias (AVD) (Jorgensen et al., 2005), bem como défices neuropsicológicos (por exemplo, atenção, memória e linguagem) (Kase et al., 1998; Srikanth et al., 2003).

As deficiências resultantes englobam os sistemas, motor, sensorial, visual, afetivo e da linguagem (Sullivan & Hedman, 2004; LeBrasseur et al, 2006). As deficiências motoras caracterizam-se por paralisia completa (hemiplegia), ou somente pela diminuição de força (hemiparesia), no lado oposto ao hemisfério lesado, pelo que a localização da lesão quanto ao hemisfério poderá comprometer ou não a afeição das funções superiores.

Predominantemente, o aparecimento de doença vascular tem como causas um trombo, uma embolia ou hemorragia secundária a um aneurisma ou a uma anormalidade do desenvolvimento vascular. Outras causas menos frequentes são tumores, abscessos, processos inflamatórios e traumatismos (Sullivan et al., 2006).

De acordo com a OMS, poder-se-ão considerar três tipos: AVC isquêmico, Hemorragia intracerebral e Hemorragia subaracnóide. Cada tipo tem características diferentes no que se refere à sobrevida e incapacidade a longo prazo. O AVC Isquêmico refere-se a uma oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVC isquêmico trombótico) ou em outra parte da circulação, que segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquêmico ou embólico).

A Hemorragia intracerebral consiste no sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral. Esta pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento, possivelmente devido a dieta, atividade física, tratamento inadequado de hipertensão arterial e predisposição genética. A Hemorragia subaracnoide consiste numa hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide, sendo sintomas característicos a ocorrência súbita de cefaleia muito intensa e geralmente comprometimento da consciência (WHO STEPS Stroke Manual, 2009).

O tipo mais frequente de acidente vascular cerebral resulta do enfarte cerebral (quando uma área cerebral morre por falta de fluxo sanguíneo - cerca de 70% das ocorrências). É causado basicamente por três mecanismos diferentes: trombose, embolia ou hipoperfusão.

A sintomatologia do AVC é, como já foi referido, dependente de uma série de fatores, incluindo: a localização do processo isquêmico, o tamanho da área isquêmica, a natureza e funções da área envolvida e a disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral. A sintomatologia pode também depender da rapidez de oclusão de um vaso sanguíneo, visto que oclusões lentas podem permitir que vasos colaterais assumam a circulação, enquanto lesões súbitas não o permitem (Ryerson, 1994; Rubin et al., 2005).

Os fatores de risco correspondem a características que estão presentes nalguns indivíduos de uma população, características do seu ecossistema ou de um modo particular ao

modo de interagir com esse ecossistema, aumentando a probabilidade desse indivíduo vir a ser afetado por uma determinada doença (Ferro & Verdelho, 2000),

Podemos dividir os fatores de risco em dois subgrupos: os modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles onde é possível atuar (modificando-os) e dentro destes destaca-se a hipertensão, hiperlipidemia/ dislipidemia, o alcoolismo, o tabagismo, a diabetes, etc. Os não modificáveis, como a idade, o género ou etnia não são passíveis de atuação. Referir ainda, que estes fatores de risco podem ser encontrados de forma isolada ou em associação.

No contexto da condição AVC, diversos autores classificam os fatores de risco em imutáveis e não imutáveis (não passíveis de serem modificados). No primeiro grupo encontramos a idade, o sexo/raça, hereditariedade, baixo peso à nascença e origem geográfica. Do lado dos modificáveis identificam-se a hipertensão arterial, a existência de diabetes, a dislipidemia, a fibrilhação auricular, os AIT, os hábitos tabágicos e os hábitos alcoólicos.

Estima-se que por cada década após os 55 anos de idade o risco de AVC duplique (American Heart Association, 2011).

Os efeitos cumulativos do envelhecimento, associados ao carácter progressivo e ao aumento do número de fatores de risco com a idade acrescem substancialmente o risco de enfarte e hemorragia cerebral. A idade é, por este facto, um dos principais fatores de risco para enfarte cerebral e hemorragia cerebral primária (Ferro e Verdelho, 2000; Garrison et al., 1992; Braunwald et al., 2005).

Em termos de incidência, o AVC tem mais incidência no género masculino, assim como em indivíduos de raça negra (Salgueiro, 2008)

O excesso de peso está associado, de forma proporcional, a um maior risco de AVC, para além de se associar também a hipertensão, diabetes e dislipidemia (Wu LA et al, 2004). O aumento do peso corporal, especialmente quando localizado na região abdominal, é considerado um fator de risco cardiovascular Chaves, (2008).

A Hipertensão arterial é um dos fatores de risco que mais influência tem nos AVC's. Segundo Chaves (2008), a hipertensão arterial é o fator de risco mais importante que é modificável, sendo partilhada esta opinião por Carmona (2004). Como a hipertensão é o maior fator de risco para o AVC, as características humanas e comportamentais que aumentam a tensão arterial também aumentam o risco de AVC (Rubin et al., 2005; Pinto, 2007). A relação entre a pressão arterial e o risco de AVC é forte, contínua, gradual,

consistente, independente, preditiva e etiologicamente significativa (American Heart Association, 2011).

A diabetes também é um fator de risco na medida em que pode acelerar o processo aterosclerótico nas artérias. Nos diabéticos o risco de desenvolver um AVC é duas vezes superior (André 1999; Chaves, 2008).

O tabagismo pode duplicar o risco de AVC (Ferro e Verdelho, 2000). O tabagismo aumenta o risco de hemorragia subaracnoideia e AVC, por elevado hematócrito relacionado com doença aterotrombótica carotídea, principalmente em pacientes com HTA (Rubin et al., 2005; Pinto, 2007). American Heart Association (2011), defende que os estudos elaborados, apenas se referem que há duplicação do risco para o acidente vascular cerebral isquémico.

O alcoolismo é outro fator que podemos encontrar associado ao AVC. O consumo exagerado de álcool está associado a um aumento de pressão sanguínea, aumento de risco de doença coronária, arritmias cardíacas, e favorece a aterosclerose da grande artéria cerebral (Branco & Santos, 2010). Num estudo efetuado por Vilas et al (2001) sobre a prevalência do AVC hemorrágico, chegou-se à conclusão que cerca de 21 a 39% dos casos tinham com fator de risco presente o etilismo crónico.

Um terço dos sobreviventes apresenta incapacidade entre moderada e severa e 10% com incapacidade em viver na comunidade, necessitando de cuidados permanentes de terceiros (EUSI, 2003). Outros estudos revelam que mais de metade destes utentes apresenta vários níveis de incapacidade e dependência na realização das suas atividades de vida diária (Melo & Ferro, 2003 e Rothweel et al., 2004), com impacto nos vários domínios da sua funcionalidade, vida pessoal, familiar, social, profissional e económica. Reconhece-se que os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são a causa mais comum da disfunção neurológica na população adulta, sendo responsáveis por boa parte da incapacidade que atinge os mais idosos. Dos pacientes que sofrem um AVC, 1/3 morrerá, 1/3 sobreviverá com grave disfunção e os restantes terão uma boa recuperação com independência funcional (Gonçalves & Cardoso, 1997).

Em Portugal, este número atinge proporções alarmantes: a sua taxa de mortalidade é de cerca de 200/100 000 habitantes, sendo responsável pelo internamento de mais 25000 doentes por ano e por um elevado grau de incapacidade, isto é, 50% dos doentes que sobrevivem ficam com limitações ao nível das nas Atividades da Vida Diária (AVD) (Martins, 2006).

O AVC é uma lesão vascular com alterações ao nível estrutural e funcional do sistema nervoso central que pode afetar múltiplos aspetos do paciente desde as funções motoras, sensoriais, linguagem, até às alterações emocionais e cognitivas. A incapacidade gerada vai depender das deficiências reportadas ao nível das estruturas e funções do corpo, e das limitações da atividade e restrição da participação encontradas. Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e intervenção no AVC, este continua a ser a condição mais prevalente e com grande impacto na sociedade, sendo classificado como a doença crónica mais incapacitante (Brainin, Teuschl & Kalra, 2007).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) baseada na integração de dois modelos opostos – o nível individual e o nível social. Esta abordagem “biopsicossocial” é utilizada para se obter a integração das várias perspetivas de funcionalidade e incapacidade (DGS, 2004).

Funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como a sua participação na sociedade. Similarmente, incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, tais como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades quotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (Organização Mundial de Saúde (OMS) / Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 2003)

A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre o estado ou condição de saúde do indivíduo e fatores pessoais com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, 2003).

Neri (2001) prefere uma abordagem positiva da questão falando não em incapacidade mas sim em capacidade/ independência funcional, esta, tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (ABVD's) ou de autocuidado e também para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (AIVS's).

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

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar e melhorar a capacidade funcional e sempre que possível recuperar as suas perdas. Um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

As deficiências, incapacidades e desvantagens resultantes do AVC, são bastante variáveis, dependendo da área envolvida e da recuperação do doente. Podemos entender deficiência como sendo um distúrbio físico, uma perda temporária ou permanente de uma faculdade. Deficiência é uma alteração prolongada da estrutura anatômica, fisiológicas ou psicológica de um indivíduo (Hesbeen, 2003, p.40). Segundo o mesmo autor, a incapacidade surge como consequência funcional de uma deficiência.

O AVC provoca diversas alterações e deixa sequelas muitas vezes incapacitantes, sendo a hemiplegia contra lateral ao lado da lesão, a mais frequente. A paralisia é uma das disfunções mais comuns; ocorre no lado contra lateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou mesmo toda a metade do corpo e podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podemos também ter problemas de equilíbrio e/ ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado (Silva, 2010). Além da disfunção motora, também se observam distúrbios de sensibilidade, presença de espasticidade, que ocorre depois de um período de hipotonia, perda dos padrões de movimentos seletivos, alteração do equilíbrio, problemas de cognição entre outros distúrbios (Teles, 2012). Relativamente às alterações sensoriais, pode existir diminuição ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), o que contribui para o risco de auto lesões e, por outro lado, outros doentes podem apresentar parestesias, sensações cutâneas subjetivas na ausência de estímulo (frio, calor, formiguelo, pressão). São bastante frequentes distúrbios do campo visual sendo o mais comum a hemianopsia (Silva, 2010). Outra das manifestações clínicas frequentes no AVC é a perda de controlo esfinteriano; o doente pode apresentar incontinência urinária transitória devido a confusão mental ou incapacidade de comunicar as suas necessidades por comprometimento motor e postural. Pode ocorrer atonia vesical com perda da sensação de bexiga cheia, ou diminuição do controlo do esfíncter urinário. A existência de retenção ou de incontinência urinária persistente pode ser um sintoma de lesão cerebral bilateral. Pode mesmo coexistir com incontinência fecal o que representa uma lesão neurológica extensa. A nível da comunicação e linguagem podemos encontrar disartria (dificuldade de dicção ou pronuncia), disfasia ou afasia (deficit ou perda da fala) e apraxia (incapacidade de levar a cabo um gesto ou ação previamente aprendidos). De facto, o AVC é uma das causas mais

comuns de afasia. Além do descrito, pode originar alterações da atividade mental e efeitos psicológicos diversos; no caso das lesões do lobo frontal pode dar-se o comprometimento da capacidade de aprendizagem, de memória e de outras funções intelecto-corticais. Desta disfunção, podem resultar alterações da atenção, dificuldades de compreensão, défice de memória, falta de motivação e muitas vezes depressão. Estes doentes podem ainda apresentar labilidade emocional, hostilidade, frustração, ressentimento e falta de cooperação (Ferraz, 2003).

As consequências funcionais dos défices primários neurológicos geralmente predis põem os sobreviventes de AVC a um padrão de vida sedentário, com limitações individuais para as atividades de vida diárias. Torna-se assim pertinente clarificar os termos utilizados por diferentes autores, para conceptualizar a independência funcional.

Estudos anteriores revelam que os fatores associados com as dependências funcionais são os fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, bem como, a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Assim, incluem-se comportamentos relacionados com o estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente e, em má qualidade, praticar exercício físico, estar submetido a situações de stress psicossocial agudo ou crónico, manter relações sociais, como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional.

Coelho, (2011) realizou um estudo sobre determinantes da capacidade funcional do doente após AVC, com uma amostra de 61 indivíduos, concluindo que as variáveis com influência significativa na capacidade funcional foram o sexo, idade, tipo e localização do AVC, tempo de internamento, presença de fatores de risco e realização de programa de reabilitação.

Marques (2011), realizou um estudo sobre independência funcional do doente pós AVC, com uma amostra de 60 indivíduos, concluindo que as variáveis com influência significativa na independência funcional, foram o estado civil, o tempo de AVC, a reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado.

Pereira (2003) afirma que as causas mais comuns de perda da independência funcional do idoso são as imobilidades e as inatividades (sedentarismo). A imobilização acidental é o palco das fraturas, quando o utente fica imobilizado até que a fase aguda se estabilize, esta pode tornar-se crónica quando não há tratamento adequado.

A capacidade funcional é determinada pelas avaliações funcionais, de forma a permitir uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e o impacto da co morbidade.

Uma recomendação europeia relativa à organização do atendimento do AVC, a European Stroke Initiative (EUSI), indica que uma cuidadosa avaliação do grau de incapacidade em pacientes pós AVC é considerada muito importante (EUSI, 2003). Medir e avaliar a condição de saúde AVC impõe a utilização de medidas que quantifiquem os problemas mais comuns decorrentes dessa mesma condição, incluindo as deficiências, as limitações de atividade e restrições de participação e, bem ainda, o impacto em termos de estado de saúde/QVRS.

A avaliação do estado de saúde após AVC e o reconhecimento de que esta deve integrar a perspectiva do utente tem sido amplamente considerada, sendo, contudo, ponderadas algumas vantagens para a utilização de instrumentos específicos para a sua avaliação, em comparação com as medidas genéricas. Estas proporcionam uma avaliação específica face ao impacto do AVC e das suas consequências (Muus, Williams & Ringsberg, 2007).

A medição/ quantificação da independência/dependência funcional, permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma redução da aquisição de melhoras (Greve, 2007). Embora tenham sido desenvolvidos mais de 50 instrumentos de avaliação funcional em reabilitação, os que mais se utilizam são MIF e o Índice de Barthel.

Vários estudos levam-nos a delinear múltiplos fatores que determinam a independência funcional dos idosos, dos quais destacamos Koukouli et al. (2002), Rosa et al. (2003), Sousa, Galante & Figueiredo (2003), que afirmam que o sexo feminino apresenta uma forte associação á dependência funcional. Martins (2004), refere que o avanço da idade é também um dos fatores que predispõe dependência funcional. Hebert, Brayne & Spiegelhalter (1999), verificaram que relativamente ao estado civil e agregado familiar, as pessoas a morar sozinhas eram mais independentes e que apresentavam uma redução no risco de virem a apresentar declínio funcional. Brink (2004), enuncia a viuvez como fator de risco para a dependência nas AIVD e na mobilidade.

Rosa et al (2003) & Branco, Nogueira & Dias (2001) verificaram que a escolaridade tem influência sobre a independência funcional.

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

Relacionada com a idade encontra-se a dependência na locomoção em que muitos idosos referiram utilizar meio de transporte seguindo-se dependência menos significativa no fazer compras e lavar a roupa, bem como dependência no controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos cuidados de vestir-se e tomar banho (Duca et al, 2009).

Costa et al (2006) refere no seu estudo que as três AIVD nas quais os idosos tinham mais dependência, necessitando de ajuda, foram: gestão do dinheiro (73,9%), locomoção (72,5%) e cuidados domésticos (40,6%). As três atividades em que os idosos tinham maior dependência total incluíam: lavar qualquer peça de roupa (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%).

Um estudo efetuado por Preto et al. (2011), demonstrou que do conjunto de doentes que realizou trombólise, apenas um não apresentou uma evolução positiva. No entanto, nem todos os autores sustentam e defendem a mesma teoria, pois segundo a American Heart Association, (2011), apesar da trombólise ser o tratamento de eleição para os doentes que sofreram AVC isquémico, a prevenção do mesmo continua a ser a melhor abordagem para reduzir as consequências do AVC.

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

A reabilitação destes pacientes visa minimizar o impacto causado pelas alterações nas diversas funções no sentido de promover independência funcional e melhorar a qualidade de vida dos mesmos (Teles, 2012).

Os cuidados de reabilitação são complexos e multifacetados e, como tal, só podem ser realizados através de um conjunto de competências. É objetivo fundamental da equipa de reabilitação ajudar a pessoa a atingir uma maior funcionalidade e independência, o que abrange as dimensões emocional e social da pessoa e não apenas a dimensão física (Mendes & Lourenço, 2007).

No âmbito mais alargado da reabilitação houve um aumento do número de campos avaliados por rotina como parte do processo de reabilitação. Hoje em dia é prática comum, nos serviços de reabilitação, utilizar um grande número de instrumentos de avaliação para documentar deficiências, atividades básicas de vida diária (AVD), desempenho de AVD

complexas e qualidade de vida. A combinação destes instrumentos proporciona a avaliação dos componentes críticos que constroem uma vida ativa independente (Hoeman, 2000).

A finalidade do processo de reabilitação passa pela minimização do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador e a otimização da hipótese de sobreviver. Esta reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para unidades de cuidados de longo prazo (Leite, 2005).

Evidências de estudos clínicos sugerem que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos resultados físicos e funcionais, devendo ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita. Embora a intensidade da terapia não esteja ainda claramente estabelecida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVD, e a melhoria dos resultados funcionais (American Heart Association, 2010).

O tema escolhido surgiu pelo facto de na altura da escolha do tema trabalhar num serviço cuja taxa de internamento de doentes com AVC ser elevada, e de verificar se haveria discrepância nos doentes do mesmo centro hospitalar, mas de unidades diferentes e com acesso diferenciado no que diz respeito aos cuidados de reabilitação.

As questões de investigação propostas foram:

- Qual o nível de independência funcional dos doentes com AVC?
- Será que os doentes com programas de reabilitação continuados são mais independentes?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, fatores de risco e prática de exercício físico), variáveis clínicas (tipo de AVC, localização, repetição de AVC, realização de trombólise e doenças associadas) e Apgar Familiar no nível de Independência Funcional?

O objetivo geral do estudo, visa identificar e comparar níveis de Independência Funcional (IF) de doente pós AVC (com diferente acesso ao programa de reabilitação), bem como analisar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e IF.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar socio demograficamente os indivíduos das subamostras;
- Identificar as variáveis clínicas;

- Identificar níveis de independência funcional nos dois grupos;
- Verificar e comparar (nas duas amostras), a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e apgar familiar com o nível de independência funcional.

Para dar corpo ao estudo elaborou-se este documento, que se encontra composto por cinco secções: a primeira que designamos de introdução onde é feita uma breve fundamentação teórica; a segunda que inclui a descrição de todo o percurso metodológico; a terceira dedicada à apresentação e análise dos resultados; a quarta integra a discussão dos resultados do estudo em confrontação com outros estudos, e por fim a conclusão onde procedemos a uma síntese dos principais resultados.

Em suma, este estudo permitiu-nos identificar a intensidade com que as diferentes variáveis influenciam a independência funcional, e desta forma garantir a aplicação de uma conduta adequada que propicie nos doentes após AVC uma melhoria da assistência prestada.

2- METODOLOGIA

O estudo em desenvolvimento é de carácter quantitativo, enquadrando-se num desenho de estudo descritivo transversal e analítico correlacional (Cunha, Martin, Sousa & Oliveira, 2007).

Como pretendemos descrever características de uma determinada população (utentes com AVC), e estabelecer relação entre variáveis (independência funcional e os diversos fatores passíveis de a influenciar) podemos classificá-lo como um estudo descritivo.

O tipo de estudo é transversal, uma vez que as variáveis são estudadas num determinado momento, fazendo um corte no tempo. Denomina-se também como um estudo analítico correlacional, uma vez que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e sua descrição (Fortin, 2009). Neste estudo, analisou-se a influência das variáveis dependentes, ou seja, sociodemográficas e clínicas sobre a variável independente, a independência funcional.

Segundo Fortin (2009) as variáveis estão incluídas no enunciado do objetivo, nas questões de investigação e nas hipóteses. São consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo. A variável independente é o elemento capaz de exercer um efeito sobre outra variável sendo introduzida e manipulada, num contexto de investigação. A variável dependente é o elemento que sofre o efeito, é o resultado esperado pelo investigador. Assim, foi definida como variável dependente a independência funcional do doente após AVC. No que respeita às variáveis independentes estas foram divididas em dois grupos: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, agregado familiar, situação laboral, atividade física e fatores de risco) e variáveis clínicas (tipo de AVC, repetição de AVC, realização de trombólise, doenças associadas, reabilitação).

No que concerne à operacionalização das variáveis, salientamos que a mesma coincide com a descrição inerente às dimensões dos instrumentos de colheita de dados que irá ser realizada no capítulo 2.2.

2.1- PARTICIPANTES

A amostra adotada neste estudo foi de conveniência, uma vez que foi realizada no Centro Hospitalar de Trás - os- Montes e Alto Douro- Unidade de Lamego e Vila Real, e compreendeu utentes vítimas de AVC, com idades compreendidas entre 53 e 95 anos respetivamente. A nossa amostra foi dividida em dois subgrupos: grupo de controlo constituído pelos doentes com AVC não sujeitos a reabilitação e grupo experimental constituído por doentes sujeitos a reabilitação.

A nossa amostra é constituída por 56,3% do sexo masculino, e 43,8% do sexo feminino, perfazendo um total de 80 participantes.

2.2- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados em investigação, são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária. Deste modo a seleção do instrumento de colheita de dados, deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatos & Marconi, 1996).

Contudo, como diz Fortin (2003), na ausência de instrumentos de colheita de dados, deve concebê-los o investigador, de modo a responder às questões de investigação formuladas.

A colheita de dados foi realizada através de um questionário construído e adaptado ao problema e aos objetivos do estudo. A primeira e segunda secção serviram para caracterizar a amostra (sócio demograficamente e variáveis clínicas), a 3ª secção destinou-se à avaliação da funcionalidade familiar, através da aplicação da escala de Apgar, e a 4ª secção destinou-se à mensuração da independência funcional dos doentes, através da aplicação da escala de Medida de Independência Funcional.

Secção A: *Caracterização sociodemográfica*

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

Secção B: *Variáveis Clínicas*

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

Secção C: *Funcionalidade Familiar*

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

Cada questão permite três tipos de resposta, que correspondem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente.

O resultado global da escala, obtêm-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e varia entre os valores 0 e 10 pontos.

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

Secção D: *Medida de Independência Funcional*

A Medida de Independência Funcional foi elaborada em 1986 por Granger et al. É amplamente utilizada e aceite como medida de avaliação funcional nos EUA e internacionalmente (Granger, 1986 & Benvegna, 2008)

A sua criação teve como objetivo providenciar um instrumento válido e consistente, que permitisse avaliar o estado funcional do doente e respetivas necessidades de cuidados, assim como, comparar a evolução do nível de independência, ao longo do processo de reabilitação (Chumey et al., 2010).

A MIF reagrupa a avaliação da independência para as atividades de vida diárias, estas são agrupadas em várias dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação, cognição social, constituída, cada uma delas por vários indicadores.

Em termos clínicos, este instrumento possibilita: a determinação do nível da incapacidade, a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente e do resultado obtido, a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação, a obtenção facilitada de conferência sobre dados funcionais comuns e a comparação de dados relativos à deficiência e ao nível da incapacidade funcional como resultado de um tratamento de reabilitação (Farias & Buchalla, 2005).

A MIF verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes aos domínios, motor (autocuidado, controle esfínteriano, transferências e locomoção) e cognitivo social (comunicação e cognição social). O valor atribuído para cada uma pode variar de um (assistência total) a sete (independência completa), portanto o escore da MIF total, varia, entre o mínimo de 18 e o máximo de 126 (Cruz & Diogo, 2009).

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

2.3- PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

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

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

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

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa. Os autores citados consideram, para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

≥ 1.96 Diferença estatística significativa;

<1.96 Diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

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

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

No que respeita à **estatística inferencial**, fez-se uso da estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto, para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando a condição de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes, são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

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

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

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizou-se os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005) sugerem:

$r < 0.2$ – *associação muito baixa*

$0.2 \leq r \leq 0.39$ – *associação baixa*

$0.4 \leq r \leq 0.69$ – *associação moderada*

$0.7 \leq r \leq 0.89$ – *associação alta*

$0.9 \leq r \leq 1$ – *associação muito alta*

O **coeficiente de correlação de Pearson** é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005).

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - *diferença estatística significativa*

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

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

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

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

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizou-se o programa Stistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

3- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. A ordem por que serão apresentados respeitará a sequência seguida na elaboração do próprio questionário.

Em termos de tratamento, começaremos por uma análise descritiva e só posteriormente será realizada a análise inferencial.

3.1- ANÁLISE DESCRITIVA

A estatística descritiva permite “resumir a informação numérica de uma maneira estruturada a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra” (Fortin, 1999, p.269). Desta forma, a análise descritiva consiste na descrição das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos, descrevendo os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 1999). Assim, nesta primeira parte procederemos a uma:

- Caracterização sociodemográfica dos participantes
- Caracterização do seu quadro clínico
- Caracterização da sua funcionalidade familiar
- Caracterização da Incapacidade Funcional

3.1.1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Os resultados que seguidamente passamos a apresentar visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes que integram a amostra do nosso estudo.

Uma vez que, temos duas subamostras iremos apresentar os resultados em tabelas e quadros sempre com grupo experimental que designaremos de **GRexp**, e grupo de controlo que designaremos de **GRcont**.

Idade

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que os participantes do nosso estudo são em número 80, pertencendo 39 ao grupo experimental e 41 ao grupo de controlo.

Constatamos também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 53 e um máximo de 95 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 78,16 anos, um desvio padrão de 10,16 e um coeficiente de variação de 12,99%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Procedendo a uma análise em função dos grupos verificamos, que a média de idades para o grupo experimental ($\bar{x} = 77,66$) é ligeiramente inferior à do grupo de controlo ($\bar{x} = 78,69$), apresentando ambos os grupos uma baixa dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os grupos, é assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
GR exp.	41	53	95	77,66	10,83	-2,15	0,01	13,94
GR cont.	39	54	92	78,69	9,50	-2,33	0,10	12,07
Total	80	53	95	78,16	10,16	-3,10	0,06	12,99

Grupos etários

A distribuição dos indivíduos vítimas de AVC por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (35,0%) se encontra no 3º escalão [84-96 anos], seguindo-se os outros dois escalões com iguais valores percentuais 32,5%.

A análise da mesma variável em função do grupo demonstra que no GRexp. o maior grupo (20,0%) se situa no escalão entre os 77 e os 83 anos enquanto no GRcont. se situa no último escalão, ou seja este último grupo é ligeiramente mais velho.

Sexo

A distribuição dos participantes em função do género mostra, que os homens constituem o grupo com maior representatividade percentual (56,3%) seguindo-se as mulheres com 43,8%.

A análise da mesma variável em função do grupo demonstra que a tendência se mantém ou seja em ambos os grupos os homens estão em maioria embora no GRexp. a diferença entre homens (30,0%) e mulheres (21,3%) seja mais acentuada.

Tabela 2 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
53-76	13	16,3	13	16,3	26	32,5
77-83	16	20,0	10	12,5	26	32,5
84-96	12	15,0	16	20,0	28	35,0
Sexo						
Masculino	24	30,0	21	26,3	45	56,3
Feminino	17	21,3	18	22,5	35	43,8
Estado Civil						
Solteiro	10	12,5	9	11,3	19	23,8
Casado	16	20,0	15	18,8	31	38,8
Viúvo	15	18,8	15	18,8	30	37,5
Total	41	51,3	39	48,8	80	100,0

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, a maioria (37,5%) dos participantes, integra a alternativa “viúvo”, seguindo-se os casados (38,8%) e apenas 23,8% tem estado civil solteiro.

Analisando o estado civil em função do grupo, constatamos que a distribuição se faz com algumas diferenças: assim constatamos que no GRexp. estão em maior nº os casados , seguindo-se os viúvos e só na terceira posição os solteiros; no caso do GRcont. casados e viúvos apresentam igual valor percentual (18,8%) e por fim os solteiros com 11,3%.

Habilitações Académicas

Ao analisarmos a variável “ *habilitações académicas*” dos participantes constatamos, que 45,0% destes se colocam entre o analfabetismo e o 4º ano de escolaridade; em segundo lugar (43,8%) temos o grupo que possui uma escolaridade entre os 4 e os 9 anos de escolaridade e só em 3º lugar estão os que possuem maiores habilitações entre 9 e 12 anos de escolaridade (cf. Tabela 3).

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

Situação laboral

Quanto à *Situação laboral*, e de acordo com os dados constantes da tabela 3, 87,5% dos indivíduos estão já reformados, o que era previsível se considerarmos a média de idades apresentadas. Temos ainda 10,0% da amostra que está em situação de “empregado “ e apenas 2,5% refere estar desempregado.

A tendência distributiva para a amostra total, mantém-se para o GRexp. Contudo no GRcont. verificamos que, os desempregados e os empregados representam um pequeno grupo com os mesmos valores percentuais (1,3%).

Prática de exercício físico

A prática de exercício físico tem-se mostrado em muitos estudos como um fator relevante na prevenção das doenças cardiovasculares: neste sentido questionámos os nossos participantes sobre as suas práticas a este nível: Os resultados permitem-nos verificar que, a maioria (66,3%) dos doentes vítimas de AVC, responde “sim”, ou seja pratica, seguindo-se (33,8%) que responde “não”. Analisando esta variável em função do grupo, constatamos que a distribuição é muito semelhante entre as duas subamostras.

Tabela 3 – Estatísticas de caracterização sociodemográfica da amostra (cont.)

Variáveis	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Habilitações académicas						
0-4 anos de escolaridade	17	21,3	19	23,8	36	45,0
5-9 anos de escolaridade	19	23,8	16	20,0	35	43,8
10-12 anos de escolaridade	5	6,3	4	5,0	9	11,3
Situação Laboral						
Empregado	7	8,8	1	1,3	8	10,0
Desempregado	1	1,3	1	1,3	2	2,5
Reformado	33	41,3	37	46,3	70	87,5
Prática de exercício						
Sim	27	33,8	26	32,5	53	66,3
Não	14	17,6	13	16,3	27	33,8
Total	41	51,2	39	48,8	80	100,0

3.1.2 – Caracterização Clínica dos Participantes

Nesta secção pretendemos proceder a uma caracterização do quadro clínico dos participantes por isso vamos analisar aspetos relativos ao tipo de AVC, localização, fatores de risco, e se realizou ou não trombólise.

Tipo de AVC

Quanto à variável tipo de AVC, e de acordo com os dados constantes da tabela 4, 73,8% dos indivíduos da nossa amostra total teve um AVC do tipo isquémico. Temos ainda 21,3% da amostra com AVC hemorrágico e apenas 5,0% com HSA. A tendência distributiva em termos percentuais da amostra total, varia quando a análise é feita em função dos grupos. De facto verificamos que no GRcont., existem mais situações de causa isquémica do que no GRexp., não apresentando este nenhum caso de AVC por HSA.

Localização do AVC

Ao analisarmos a variável “ *localização do AVC*” dos participantes constatamos, que este maioritariamente (51,3%) aconteceu no hemisfério direito; em segundo lugar (41,3%) aparece o hemisfério esquerdo e só em 3º lugar (6,3%) temos o tronco cerebral (cf. Tabela 4).

Como podemos verificar nesta variável, não existem grandes diferenças entre os grupos, em virtude de se manterem valores percentuais equivalentes nos vários níveis de localização. Contudo é de realçar o facto dos AVCs de localização no tronco cerebral acontecerem exclusivamente no Grexp.

Primeiro AVC?

Quisemos ainda saber se o AVC de que tinham sido vítimas, tinha acontecido pela primeira vez: os dados mostram que para 65,1% foi de facto a primeira vez, contudo para os restantes 35,0% este repetia-se.

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

Realização de trombólise

Um outro dado que nos pareceu relevante, foi saber se tinham realizado protocolo de trombólise: ao analisarmos esta variável para a amostra total constatamos, que 78,8% não efectuou este tratamento, contrariamente a 11,3% que afirma tê-lo feito.

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

Doenças associadas

Os resultados sobre esta questão permitem-nos verificar que, a maioria dos participantes no estudo possuem de facto outras doenças associadas. Assim verificamos que 32,5% dos pacientes tem várias, seguindo-se os que tem HTA (27,5%) e na terceira posição os que referem não ter nenhuma. Com percentagens menores aparecem ainda os que já

tiveram AIT, doença cardíaca e DMII.

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

Tabela 4 – Dados de caracterização clínica dos Participantes

Variáveis	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de AVC						
Isquémico	25	31,3	34	42,5	59	73,8
Hemorrágico	12	15,0	5	6,3	17	21,3
HSA	4	5,0	-	-	4	5,0
Localização do AVC						
Hemisfério direito	21	26,3	20	25,0	41	51,3
Hemisfério esquerdo	14	17,5	19	23,8	33	41,3
Tronco cerebral	6	7,5	-	-	6	7,5
1º AVC						
Sim	27	33,8	25	31,3	52	65,1
Não	14	17,5	14	17,5	28	35,0
Efetou Trombólise						
Sim	6	7,6	3	3,8	9	11,3
Não	35	43,8	36	45,0	71	78,8
Doenças						
Nenhuma	4	5,0	7	8,8	11	13,8
Doença cardíaca	4	5,0	3	3,8	7	8,8
AIT	5	6,3	3	3,8	8	10,0
DM II	5	6,3	1	1,3	6	7,5
HTA	10	12,5	12	15,0	22	27,5
Várias	12	16,3	13	16,3	26	32,5
Fatores de Risco						
Nenhum	17	21,3	20	25,0	37	46,3
Álcool	11	13,8	13	16,3	24	30,0
Tabaco	5	6,3	4	5,0	9	11,3
Outro	4	5,0	1	1,3	5	6,3
Álcool+ Tabaco	4	5,0	1	1,3	5	6,3
Total	41	51,2	39	48,8	80	100,0

Fatores de risco

Pareceu-nos importante neste estudo identificar um conjunto de fatores de risco presentes nos indivíduos da amostra: os dados mostram que 43,6% entende não possuir fatores de risco, seguindo-se 30,0% que assinalam a opção álcool, na terceira posição com 11,3% temos o tabaco e nas restantes opções “outros” e “Álcool + tabaco” recaem 6,3% com igual valor percentual.

A análise da mesma variável em função do grupo demonstra que as características da distribuição se mantêm em ambas as subamostras.

3.1.3 – Caracterização da Funcionalidade Familiar dos Participantes

Esta terceira parte, pretendemos proceder a uma caracterização da funcionalidade familiar percebida pelos doentes com AVC que constituem a nossa amostra. Começaremos por fazer uma apresentação dos resultados da aplicação da escala pelas questões que a constituem e seguidamente pelos graus em que esta é classificada.

Respostas as questões do APGAR

A tabela 5 mostra resultados estatísticos simples sobre as opiniões dos inquiridos sobre a satisfação com a ajuda da sua família: as estatísticas mostram que os participantes estão em grande parte moderadamente satisfeitos com as diferentes ajudas (maiores valores percentuais recaem no item algumas vezes) prestadas pelos membros das famílias em todas as dimensões.

A análise por grupo mostra que o grau de satisfação é similar entre eles, contudo o item mais negativo “*quase nunca*” é apontado essencialmente pelo grexp. nos itens *ajuda nas preocupações, modificar estilos de vida, manifestação de afetos e tempo dedicado a família*.

Tabela 5 – Dados da Escala de APGAR Familiar dos Participantes

Variáveis	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ajuda em preocupações						
Quase sempre	7	8,8	14	17,5	21	26,3
Algumas vezes	27	33,8	19	23,8	46	57,5
Quase nunca	7	8,8	6	7,5	13	16,3
Discussão de assuntos						
Quase sempre	5	6,3	5	6,3	10	12,5
Algumas vezes	31	38,8	27	33,8	58	72,5
Quase nunca	5	6,3	7	8,8	12	15,0
Modificar estilo de vida						
Quase sempre	10	12,5	3	3,8	13	16,3
Algumas vezes	17	21,3	27	33,8	44	55,0
Quase nunca	14	17,5	9	11,3	23	28,8
Manifesta afetos						
Quase sempre	16	20,0	4	5,0	20	25,0
Algumas vezes	13	16,3	25	31,3	38	47,5
Quase nunca	12	15,0	10	12,5	22	27,5
Tempo com família						
Quase sempre	5	6,3	11	13,8	16	20,0
Algumas vezes	25	31,3	21	26,3	46	57,5
Quase nunca	11	13,8	7	8,8	18	22,5
Total	41	51,3	39	48,8	80	100,0

Níveis de funcionalidade familiar

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

Múltiplos estudos têm revelado que a funcionalidade da família causam um “efeito intenso na satisfação geral da vida”, por isso aplicámos a escala de Apgar Familiar, que tem por objetivo avaliar a funcionalidade familiar percebida. Os valores encontrados nos

participantes do estudo oscilam entre 0 (Min) e 10 (Max), com uma $\bar{x} = 5,57$; $Dp = 2,19$. Centrando a nossa atenção na distribuição dos participantes pelos três níveis funcionais do Apgar familiar verificamos, (c.f. tabela 6) que maioritariamente as percepções são positivas uma vez que os valores percentuais mais elevados nos três grupos estão associados a famílias moderadamente funcionais. Seguem-se as disfunções acentuadas para a amostra total e **grexp**. Por fim, o **grcont**. revela em segunda opção famílias altamente funcionais (16,3%).

Apesar das diferenças referidas os valores do Qui-Quadrado demonstram que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=3,436$; $p=0,179$).

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar

Funcionalidade familiar \ Grupos	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	11	13,8	11	13,8	22	27,5
Moderada disfunção	23	28,8	15	18,8	38	47,5
Altamente funcional	7	8,8	13	16,3	20	25,0
Total	41	51,2	39	48,8	80	100,0

$$(X^2=3,436; p=0,179)$$

3.1.4 – Caracterização da Independência Funcional dos Participantes

Nesta quarta parte da apresentação do tratamento estatístico descritivo, pretendemos proceder a uma caracterização dos diferentes níveis de independência funcional dos participantes: começaremos por fazer uma apresentação dos resultados da aplicação da escala pelas suas 6 dimensões e seguidamente pelos níveis classificativos dos graus de dependência. Relembramos que quanto maior for o valor obtido pela escala de medida maior a independência do Indivíduo.

Dimensões da MIF

Os resultados expressos na tabela 7 permitem-nos verificar que os valores mínimos máximos e desvios padrão das diferentes dimensões são similares em ambos os grupos: porém quando analisamos os valores das médias verificamos, que estas são ligeiramente superiores em todas as dimensões no **gexp.**

Analisando as diferenças das médias constatamos que estas são mais acentuadas sobretudo aos níveis da locomoção e comportamento social, seguindo-se a mobilidade e a comunicação.

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos pelas dimensões da MIF

GRUPOS \ DIMENSÕES DA MIF	GR exp.				GR cont.			
	Min	Max	M	Dp	Min	Max	M	Dp
Cuidados pessoais	6	41	19,0	10,6	6	41	17,7	11,0
Controle de esfínteres	2	14	7,0	5,1	2	14	6,2	4,8
Mobilidade	3	21	10,0	5,5	3	21	8,2	4,9
Locomoção	2	14	6,2	3,1	2	13	4,1	3,7
Comunicação	2	14	9,2	4,0	3	14	7,8	3,7
Comportamento social	3	21	11,7	6,0	3	20	9,6	5,3

Níveis classificativos da MIF

Como já referimos em metodologia a MIF pode ser classificada segundo diferentes graus de (in) dependência:

Assim de acordo com os dados expressos na tabela 8 verificamos, que relativamente a amostra total a maioria (57,5%) apresenta dependência modificada com ajuda a 50%, seguindo-se, os que têm dependência modificada com ajuda a 25% e apenas 11,3% são totalmente independentes.

A análise por grupos mostra que apenas no grupo experimental existe 1 participante com dependência completa, a dependência modificada com ajuda a 50%, está mais presente no grcont. (32,5%), e os níveis classificativos encontram-se com maiores valores percentuais no grupo experimental. Embora constatem as diferenças referidas os valores do qui – quadrado revelam que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($X^2=3,401$; $p=0,334$).

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos pelos níveis de independência funcional

Funcionalidade familiar	GR exp.		GR cont.		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dependência completa	1	1,3	-	-	1	1,3
Dependência modificada (ajuda 50%)	20	25,0	26	32,5	46	57,5
Dependência modificada (ajuda 25%)	14	17,5	10	12,5	24	30,0
Independência completa	6	7,5	3	3,8	9	11,3
Total	41	51,2	39	48,8	80	100,0

$$(X^2=3,401; p=0,334)$$

3.2- Análise Inferencial

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

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

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

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas

variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: a idade.

H1 – Existe associação entre género e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Para verificarmos a influência do género nas dimensões da MIF, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 9, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre homens e mulheres em nenhuma das dimensões da escala para os dois grupos em estudo. Ao analisarmos o **gexp.**, verificamos pelos valores das ordenações médias, que são os homens, aqueles que apresentam medias mais elevadas nas dimensões, controle de esfíncteres, locomoção, comunicação e comportamento social: já nos cuidados pessoais e na mobilidade são as mulheres que apresentam valores superiores. Os resultados relativos ao **grcon.**, são ligeiramente diferentes pois são as mulheres as que apresentam valores de ordenação média superiores em todas as dimensões exceto na comunicação e comportamento social onde os homens apresentam médias superiores. Assim face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o género não está associado à independência funcional dos participantes.

Tabela 9 – Teste de Mann-Whitney entre o género e Independência Funcional de Doentes com AVC

Grupos	GR exp.				GR cont.			
	Masculino	Feminino	U	P	Masculino	Feminino	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	20,44	21,79	190,500	0,721	18,81	21,39	164,000	0,494
Controle de esfíncteres	21,67	20,06	188,000	0,660	17,79	22,58	142,500	0,192
Mobilidade	20,31	21,97	187,500	0,659	18,55	21,69	158,500	0,394
Locomoção	21,65	20,09	188,500	0,676	19,14	21,00	171,000	0,626
Comunicação	22,19	19,32	175,500	0,444	20,26	19,69	183,500	0,878
Comportamento social	21,81	19,85	184,500	0,604	20,02	19,97	188,500	0,989

H2 – Existe associação entre idade e a Independência Funcional de Doentes com AVC

De forma a entender a associação entre idade e a independência funcional dos participantes efetuou-se o Teste U de Mann-Whitney. Para o efeito e no sentido de obter grupos com maior homogeneidade recodificámos esta variável em dois escalões (53-79 e 80-95)

A tabela 10 mostra que relativamente aos valores das ordenações médias, verificamos que são sempre mais elevados no grupo dos 53-79 anos do que, no grupo etário dos 80-95 anos nos dois grupos em estudo. Contudo a análise por grupo mostra que no **grexp.**, existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0.05$) em todas as dimensões da escala exceto na locomoção. Já no **grcont.**, as diferenças estatísticas significativas ($p < 0.05$) só se localizam nas dimensões *cuidados pessoais, comunicação e comportamento social*.

Posto isto, podemos concluir que se aceita parcialmente a hipótese formulada ou seja (a idade está associada aos níveis de independência funcional dos doentes com AVC) para as dimensões onde se verificaram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 10 – Teste de Mann-Whitney entre idade e a Independência Funcional de Doentes com AVC

GRUPOS	GR exp.				GR cont.			
	53-79	80-95	U	P	53-79	80-95	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	26,14	15,60	102,000	0,005	25,56	15,24	89,000	0,004
Controle de esfínteres	25,26	16,52	120,500	0,015	23,75	16,79	121,500	0,057
Mobilidade	24,67	17,15	133,000	0,042	23,56	16,95	125,000	0,073
Locomoção	23,76	18,10	152,000	0,123	21,17	19,00	168,000	0,568
Comunicação	24,55	17,27	135,500	0,048	24,19	16,40	113,500	0,032
Comportamento social	24,90	16,90	128,000	0,031	24,11	16,48	115,000	0,037

H3 – Existe associação entre o estado civil e a Independência Funcional de Doentes com AVC

No sentido de perceber a influência do estado civil sobre os níveis de independência funcional dos doentes com AVC, utilizou-se o Teste *Kruskal-Wallis*.

Ao observar a tabela 11, constatou-se que existem diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) em algumas dimensões em ambos os grupos mas não em todas. Centrando-nos mais uma vez nos valores ordenados das médias verificamos (para o **grexp.**) que são os participantes casados aqueles que se apresentam mais independentes aos níveis dos *cuidados pessoais e controle dos esfíncteres*, com diferenças estatísticas significativas ($p = 0,049$ e $p = 0,044$).

No caso específico do *grcont.*, encontramos também valores medianos superiores nos indivíduos casados com significância estatística nos *cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, comunicação e comportamento social*. A exceção neste grupo verifica-se apenas para a dimensão *locomoção*. Perante estes dados somos levados mais uma vez a aceitar parcialmente a hipótese enunciada para as dimensões referidas, infirmando que os participantes casados apresentam-se mais independentes que os viúvos e solteiros.

Tabela 11 – Teste Kruskal-Wallis entre estado civil e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Dimensões. da MIF	GR exp.			χ^2 P		GR cont.			χ^2 P	
	Solt.	Cas.	Viu.			Solt.	Cas.	Viu.		
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			
Cuidados pessoais	16,40	26,69	18,00	6,036	0,049	19,33	25,33	15,07	6,149	0,046
Controle de esfíncteres	16,25	26,53	18,27	6,231	0,044	21,78	25,73	13,20	10,270	0,006
Mobilidade	16,25	24,59	20,33	3,126	0,210	20,83	26,87	12,63	12,438	0,002
Locomoção	18,70	23,75	19,60	1,470	0,479	19,39	22,20	18,17	1,543	0,462
Comunicação	17,00	24,63	19,80	2,818	0,244	17,94	27,27	13,97	10,973	0,004
Comportamento social	17,95	25,94	17,77	4,510	0,105	16,89	26,60	15,27	8,329	0,016

H4 – As habilitações académicas interferem na Independência Funcional de Doentes com AVC

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

A tabela 12 mostra, que os resultados da associação, revelam que os indivíduos com maior escolaridade são aqueles que apresentam melhores níveis médios de independência funcional em ambos os grupos.

Contudo se analisarmos as significâncias estatísticas verificamos que diferem nos grupos. Assim verificamos para o **gexp.** que, as diferenças estatísticas são significativas ($p < 0,05$) em todas as dimensões, enquanto no **grcont.** apenas se verificam na dimensão comunicação.

Perante estes dados somos levados a aceitar totalmente a hipótese enunciada, dizendo que existe uma associação positiva entre a escolaridade e a independência funcional destes inquiridos na subamostra **gexp.**, enquanto, que, para o **grcont.**, esta só se aceita para a comunicação e rejeitando-se para as restantes dimensões.

Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre escolaridade e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Grupos Dimensões. da MIF	GR exp.					GR cont.				
	0-4	5-9	10-12	χ^2	P	0-4	5-9	10-12	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MED IA	ORD-MEDIA			ORD-MED IA	ORD-MEDIA			
Cuidados pessoais	15,74	21,82	35,80	11,03	0,004	17,13	21,59	27,25	3,147	0,207
Controle de esfínteres	17,00	20,76	35,50	9,975	0,007	16,97	21,88	26,88	3,544	0,170
Mobilidade	17,03	21,00	34,50	8,399	0,015	16,63	21,47	30,13	5,375	0,068
Locomoção	20,12	18,24	34,50	7,734	0,021	19,89	18,97	24,63	1,255	0,534
Comunicação	19,06	19,42	33,60	6,511	0,039	17,68	19,44	33,25	6,453	0,040
Comportamento social	17,03	20,76	35,40	9,204	0,010	18,16	19,28	31,63	4,745	0,093

H5 – A prática de atividade física interfere na Independência Funcional dos Doentes com AVC

Para testar esta hipótese recorreu-se mais uma vez à utilização do Teste U de Mann-Whitney.

Os valores ordenados das médias mostram que os participantes que praticavam exercício físico são aqueles que apresentam melhores níveis de Independência Funcional em ambos os grupos.

Porém ao analisarmos o **grexp.** verificamos (pelos valores das ordenação médias), que os que praticam exercício físico são mais independentes nos cuidados pessoais, no controle de esfíncteres e no comportamento social sendo as diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). Já os resultados relativos ao **grcon.** diferem dos anteriores, pois não existe relação estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada para o **grcont.** e a aceitá-la parcialmente para o **grexp.** uma vez que é válida para as dimensões referidas.

Tabela 13 – Teste de Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Grupos Dimensões. da MIF	GR exp.				GR cont.			
	Sim	Não	U	P	Sim	Não	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	23,89	13,46	84,000	0,007	21,29	17,42	135,500	0,323
Controle de esfíncteres	23,07	15,15	106,000	0,045	21,33	17,35	134,500	0,308
Mobilidade	22,33	16,69	126,000	0,159	21,12	17,77	140,00	0,401
Locomoção	22,69	15,96	116,500	0,089	21,23	17,54	137,000	0,353
Comunicação	22,48	16,38	122,000	0,127	20,02	19,96	168,500	0,988
Comportamento social	23,39	14,50	97,500	0,023	20,46	19,08	157,000	0,735

H6 – Existe associação entre o tipo de AVC e a Independência Funcional de Doentes com AVC

A hipótese 6 pretende confirmar (ou não) se o tipo de AVC interfere na independência funcional dos doentes com AVC: para isso recorreu-se à utilização do Teste U de Mann-Whitney.

Os dados expressos na tabela 14, mostram que não existem diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões da escala para os dois grupos, rejeitando-se deste modo a hipótese formulada, ou seja o tipo de AVC não interfere na independência funcional dos doentes.

Não obstante, nos valores ordenados das médias para **gexp.** os indivíduos que foram acometidos de AVC hemorrágico são mais independentes no controle de esfíncteres, na mobilidade, na locomoção e na comunicação social. Já os que tiveram AVC isquémico apresentam valores superiores nos cuidados pessoais e no comportamento social.

Para os participantes do **grupo de controlo** os mais independentes com AVC Isquémico, são-no nos cuidados pessoais, na locomoção e no comportamento social. Nas restantes dimensões são-no os que tiveram AVC hemorrágico.

Tabela 14 – Teste de Mann-Whitney entre tipo de AVC e a Independência Funcional dos Doentes

Grupos Dimensões da MIF	GR exp.				GR cont.			
	isquem	hemor	U	P	isquem	hemor	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	21,06	20,91	198,500	0,968	20,10	19,30	81,500	0,887
Controle de esfíncteres	20,68	21,50	192,000	0,843	19,91	20,60	82,000	0,919
Mobilidade	19,92	22,69	173,000	0,483	19,74	21,80	76,000	0,729
Locomoção	20,50	21,78	187,000	0,741	20,81	14,50	57,500	0,257
Comunicação	20,76	21,38	194,000	0,885	19,85	21,00	80,000	0,855
Comportamento social	21,24	20,63	194,000	0,885	20,25	18,30	76,500	0,729

H7 – A localização do AVC nos Doentes determina níveis diferentes de Independência Funcional

Para testar esta hipótese efetuámos mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Ao observar a tabela 15, constatou-se que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) na maioria das dimensões para ambos os grupos.

Porém ao analisarmos cada um dos grupos constatamos: que no **grexp.** as diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) só se localizam nas dimensões mobilidade e comportamento social, sendo os indivíduos com AVC no hemisfério direito aqueles que se apresentam mais independentes.

Já no **grcon.** não existe relação estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões, embora os valores das ordenações médias sejam superiores em todas as dimensões para os indivíduos com AVC no hemisfério direito.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada para o **grcont.** e a aceitá-la apenas para as dimensões mobilidade e comportamento social, no **grexp.**

Tabela 15 – Teste de Mann-Whitney entre local do AVC e a Independência Funcional dos Doentes

Grupos	GR exp.				GR cont.			
	Drt	esq	U	P	Drt	esq	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	20,33	14,50	98,000	0,103	20,73	19,24	175,500	0,687
Controle de esfíncteres	20,40	14,39	96,500	0,089	21,28	18,66	164,500	0,478
Mobilidade	20,90	13,64	86,000	0,040	21,75	18,16	155,000	0,336
Locomoção	18,43	17,36	138,000	0,778	19,70	20,32	184,000	0,879
Comunicação	20,64	14,04	91,500	0,061	22,03	17,87	149,500	0,258
Comportamento social	20,98	13,54	84,500	0,034	23,35	16,47	123,000	0,061

H8 – A frequência do AVC interfere na Independência Funcional de Doentes

Para testar esta hipótese efetuámos mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores de p expressos na tabela 16, revelam a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) em algumas dimensões da escala, no caso do **grupo experimental**. Em oposição, no **GRcont.** não se verifica nenhuma significância estatística em nenhuma das dimensões, razão pela qual rejeitamos a hipótese enunciada.

Na verdade os valores ordenados das médias para o grexp., demonstram que são os doentes que tiveram mais que um AVC, aqueles que se encontram mais dependentes, contudo só se registam significâncias estatísticas nos cuidados pessoais, na mobilidade, na locomoção na comunicação e no comportamento social.

Sendo assim, somos levados a rejeitar a hipótese formulada para o **grcont.** e a aceitá-la para todas as dimensões, exceto o *controle de esfíncteres* para o **gexp.**

Tabela 16 – Teste de Mann-Whitney entre nº de AVC e a Independência. Funcional dos Doentes

GRUPOS DIMENS. DA MIF	GR exp.				GR cont.			
	Sim	Não	U	P	Sim	Não	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	23,81	15,57	113,000	0,037	21,28	17,71	143,000	0,361
Controle de esfíncteres	23,00	17,14	135,000	0,143	22,34	15,82	116,500	0,087
Mobilidade	24,37	14,50	98,000	0,012	22,48	15,57	113,000	0,071
Locomoção	23,65	15,89	117,500	0,048	21,60	17,14	135,000	0,251
Comunicação	24,28	14,68	100,500	0,014	21,22	17,82	144,500	0,377
Comportamento social	23,96	15,29	109,000	0,028	21,42	17,46	139,500	0,303

H9 – A realização de trombólise influencia a Independência Funcional de Doentes com AVC

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

Os dados da tabela abaixo mostram que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) em nenhuma das dimensões da escala, e em nenhum dos grupos rejeitando-se neste caso a hipótese enunciada.

Contudo, os valores das médias mostram no **gexp.** que são os Doentes que realizaram este tratamento os que apresentam valores médios inferiores de independência, enquanto no **gcont.** as médias são superiores para aqueles que a realizaram apenas nas dimensões cuidados pessoais, controle de esfíncteres e mobilidade.

Confrontados com estes dados, somos levados a rejeitar a hipótese formulada para os dois grupos.

Tabela 17 – Teste de Mann-Whitney entre realização de trombólise e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Dimensões da MIF	GR exp.		GR cont.					
	Sim	Não	U	P	Sim	Não	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	14,75	22,07	67,500	0,171	20,33	19,97	53,000	0,980
Controle de esfíncteres	13,92	22,21	62,500	0,119	25,67	19,53	37,000	0,403
Mobilidade	13,25	22,23	58,500	0,087	23,33	19,72	44,000	0,635
Locomoção	14,83	22,06	68,000	0,183	19,67	20,03	53,000	0,980
Comunicação	14,50	22,11	66,000	0,159	15,83	20,35	41,500	0,530
Comportamento social	14,17	22,17	64,000	0,138	16,50	20,29	43,500	0,599

H10 – Existe associação entre a funcionalidade familiar e a Independência Funcional de Doentes com AVC

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

Os resultados expressos na tabela 18, revelam que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$) entre a funcionalidade familiar e a independência funcional dos participantes no nosso estudo.

Em virtude destes achados podemos afirmar que os níveis de independência funcional encontrados nos doentes com AVC são independentes das suas perceções sobre a funcionalidade da família.

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

Deste modo, somos levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 18 – Teste de Mann-Whitney entre funcionalidade familiar e a Independência Funcional de Doentes com AVC

Grupos Dimensões MIF	GR exp.					GR cont.				
	A.F.	M.D.	D.	χ^2	P	A.F.	M.D.	D.	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA			ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Cuidados pessoais	20,14	23,22	16,91	2,112	0,348	21,12	21,43	16,73	1,274	0,529
Controle de esfíncteres	20,36	22,20	18,91	0,632	0,729	19,15	23,97	15,59	3,881	0,144
Mobilidade	20,14	23,15	17,05	2,020	0,364	21,85	21,73	15,45	2,578	0,276
Locomoção	14,79	24,15	18,36	4,160	0,123	20,81	21,73	16,68	2,133	0,344
Comunicação	22,71	22,61	16,55	2,146	0,342	21,92	22,77	13,95	4,505	0,105
Comportamento social	23,79	22,93	15,18	3,614	0,164	20,81	22,07	16,23	1,773	0,412

4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão de resultados das variáveis sociodemográficas

Segundo os dados do nosso estudo, o escalão etário com maior representatividade é o escalão 84-96 anos, no entanto no grupo experimental o maior grupo se situa no escalão 77-83 anos, ou seja é ligeiramente mais novo do que no grupo de controlo, o que sustenta a opinião de Phipps (2003), uma vez que segundo o mesmo, o risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que cerca de 85% ocorre em pessoas com mais de 65 anos e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos. De igual forma, Azeredo & Matos (2003), reportam a existência de um aumento de risco de aparecimento de AVC com o avanço da idade.

American Heart Association (2010) refere que a incidência do AVC no sexo masculino é superior à do sexo feminino. Esta afirmação vai de encontro aos resultados do nosso estudo visto que em ambos os grupos, o sexo masculino apresenta maior representatividade.

Centrando-nos na variável estado civil, constatou-se que os participantes da amostra são maioritariamente casados (38,8%), seguindo-se depois os viúvos (37,5%) e os solteiros (23,8%). No entanto, constatamos algumas diferenças nos grupos, pois no grupo de controlo, casados e viúvos apresentam igual valor percentual (18,8%), contrariando assim os dados colhidos em 31 de Dezembro de 2003, ano em que foi estimado que cerca de 49,50% da população residente em Portugal estava casada (Leite, 2005).

Segundo Marques et al. (2006), o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização das necessidades de cuidados de saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilos de vida saudável. No que concerne às habilitações literárias, concluiu-se do presente estudo que 45,0% são analfabetos, 43,8% o ensino básico e, apenas 11,3% o ensino secundário ou superior.

Quanto à situação laboral, 87,5% são indivíduos reformados, esta tendência mantém-se para ambos os grupos. Em estudos pesquisados a situação laboral isolada não é considerada como um fator diretamente ligado à ocorrência de AVC, esta é englobada na prática de atividade física. Relativamente à mesma, verificamos na nossa amostra que a maioria dos

participantes pratica atividade física (66,3%). Esta distribuição é muito semelhante em ambos os grupos. Em 1999, Wannamethee & Shaper publicaram uma revisão de vários estudos verificando a relação entre atividade física e AVC. Observaram que o exercício físico estava associado com uma redução do risco de AVC e que a atividade física moderada pode permitir uma redução significativa desse risco. Confirmando esses resultados, uma análise de 23 estudos indicou que um nível elevado de atividade física estava associado a uma redução do risco de AVC hemorrágico e isquêmico (Lee et al., 2003).

“ Conhecer os fatores de risco, tratá-los e preveni-los através da educação da população para a saúde, é uma atitude que deve ser assumida e vem reforçar a premência das iniciativas dirigidas à profilaxia e controlo dos mesmos” (Oliveira & Candeias, 2000, p.18). Os dados da nossa amostra mostram que 43,6% não possui fatores de risco, seguindo-se de 30% que apresentam o álcool como fator. Estes dados mantêm-se em ambos os grupos. Os resultados vêm contrariar diversos estudos que defendem que a HTA constitui o principal fator de risco na ocorrência de AVC.

A Hipertensão Arterial (HTA) constitui um importante problema de saúde pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca.

Discussão dos resultados das variáveis clínicas

No que concerne ao tipo de AVC, pode salientar-se, que segundo os dados obtidos, 73,8% dos participantes da amostra, foram vítimas de um AVC isquêmico, o que vem reforçar a ideia de Ferro (2006), na medida em que para ele, cerca de 85% dos AVC's, são de origem isquêmica e 15% hemorrágica.

Tendo em conta a localização do mesmo, pode referir-se que 51,3% dos participantes da amostra, tiveram um AVC ao nível do hemisfério direito, 41,3% no hemisfério esquerdo e apenas 6.3% no tronco cerebral. Nesta variável também não existem grandes diferenças entre os grupos. Estes dados, vão contra a opinião de Ventura (2002), uma vez que segundo um estudo intitulado “Independência funcional em doentes com AVC: Influência do hemisfério afetado”, 51% dos sujeitos da amostra apresentavam lesão do hemisfério esquerdo e 49% apresentavam lesão do hemisfério direito.

American Heart Association, (2011), defende que a trombólise é o tratamento de eleição no que se refere ao AVC isquêmico, no entanto, apesar de na maioria da nossa

amostra, bem como subamostras, o AVC isquêmico ser prevalente, apenas 11,3% realizou esse tratamento, verificando-se que no grupo experimental existiu uma maior percentagem de realização, 7,6%, contra apenas 3,8% no grupo de controle.

A patogênese do AVC é multifactorial, de evolução contínua e silenciosa. Segundo Whishnant et al, 1999, citado por Martins (2006) “ os fatores de risco surgem associados, potencializando-se mutuamente e conduzindo a um sinergismo de risco, dificultando o reconhecimento do seu papel individual”. Em relação às doenças associadas, verificamos em ambos os grupos uma homogeneidade desta variável, apresentando 32,5% várias doenças.

Discussão dos resultados da variável de Funcionalidade Familiar

Centrando a nossa atenção na distribuição dos participantes pelos três níveis funcionais do Apgar Familiar verificamos que, maioritariamente as percepções são positivas, uma vez que, os valores percentuais mais elevados nos três grupos estão associados a famílias moderadamente funcionais (47,5%). Seguem-se as disfunções acentuadas para a amostra total (27,5%) e **grexp.** (13,8%) Por fim, o **grcont.** revela em segunda opção famílias altamente funcionais (16,3%).

As estatísticas mostram que os participantes estão em grande parte moderadamente satisfeitos com as diferentes ajudas prestadas pelos membros das famílias em todas as dimensões da referida escala, contudo o item mais negativo “*quase nunca*” é apontado essencialmente pelo **grexp.** nos itens *ajuda nas preocupações, modificar estilos de vida, manifestação de afetos e tempo dedicado a família.* Os estudos consultados focalizam-se mais no aspecto da componente familiar e sua função após ocorrência de AVC, do que propriamente na relação entre nível de funcionalidade familiar e ocorrência de AVC.

As funções básicas da família são a proteção da saúde dos seus elementos e prestação de cuidados quando estes necessitam. Petronilho (2007) reforça que, apesar de toda a mudança no conceito de família, esta ainda continua a ser o principal sistema de suporte das pessoas idosas, bem como a principal fonte de manutenção da dignidade humana.

Discussão dos resultados da variável independência funcional

A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice para melhorarem as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa

durante o qual o doente progride para, ou mantém, o máximo grau de independência que é capaz.

De acordo com a National Stroke Association:

- 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente;
- 25% recuperam com sequelas mínimas;
- 40% apresentam incapacidade moderada a grave que necessita de acompanhamento específico;
- 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada;
- 15% morrem pouco depois do episódio;
- 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o 1º ano.

Através do processo de reabilitação o doente de AVC pode readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas e compensar por qualquer disfunção residual.

Esta opinião é reforçada pelos resultados do nosso estudo, pois na amostra total a maioria (57,5%) apresenta dependência modificada com ajuda a 50%, seguindo-se, os que têm dependência modificada com ajuda a 25% e apenas 11,3% são totalmente independentes. Bem como, a análise dos diferentes grupos mostra que, apenas no grupo experimental existe 1 participante com dependência completa, a dependência modificada com ajuda a 50%, está mais presente no grcont. (32,5%), e os níveis classificativos encontram-se com maiores valores percentuais no grupo experimental, ou seja o grupo que foi sujeito a reabilitação.

Analisando as diferenças das médias constatamos que estas são mais acentuadas sobretudo aos níveis da locomoção e comportamento social, seguindo-se a mobilidade e a comunicação. Estes dados vão de encontro à opinião de Cruz & Diogo (2009), que referem que as sequelas motoras, cognitivas, emocionais e sociais se destacam por prejudicarem autonomia e independência dos sujeitos. Teles & Gusmão (2010), reforçam esta ideia, referindo que além dos deficits motores, também se observam distúrbios de sensibilidade e problemas de cognição.

Respeitante ao comportamento social, Astrom et al (1992), citados por Martins (2006), verificaram que um ano após AVC, as pessoas não conseguiam retomar as suas atividades recreativas. Ainda segundo Cancela (2008), estudos revelaram que só uma pequena parte das pessoas que tiveram um AVC, regressaram às suas atividades diárias, em consequência das sequelas físicas e cognitivas.

Discussão dos resultados das variáveis da aferição das hipóteses

Gray et al (2006), fazem referência a Glader et al (2003) e Krapal et al (2005) para comprovar que os resultados obtidos na recuperação pós AVC são menos significativos no sexo feminino, quando comparados ao sexo masculino. No nosso estudo esta afirmação verifica-se parcialmente no **grexp.**, pois são os homens, aqueles que apresentam medias mais elevadas nas dimensões, controle de esfíncteres, locomoção, comunicação e comportamento social: já nos cuidados pessoais e na mobilidade são as mulheres que apresentam valores superiores. Os resultados relativos ao **grcon.** são ligeiramente diferentes, pois apenas na comunicação e comportamento social os homens apresentam médias superiores. Assim face aos resultados afirmamos que o género não está associado à independência funcional dos participantes, tal como Portugal (2009) verificou nos seus estudos.

Haase & Lacerda (2004), referem que a possibilidade de recuperação funcional é inversamente proporcional à idade, isto é, quanto mais jovem o indivíduo, maior a possibilidade de recuperação, devido a neuroplasticidade cerebral. Partilhando esta opinião Pais Ribeiro (2005), evidencia que a idade é um aspeto a considerar no prognóstico do doente. O cérebro dos indivíduos mais jovens tem maior adaptabilidade funcional e, por isso, maior potencialidade de recuperação. No nosso estudo a idade influenciou significativamente a independência funcional no grexp. Em todas as dimensões da escala, exceto na locomoção, e no grcont. apenas nas dimensões de cuidados pessoais, comunicação e comportamento social.

O estado civil influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, apesar de ser de forma parcial, ou seja, encontrámos diferenças estatisticamente significativas ao nível dos cuidados pessoais e controle de esfíncteres, no grexp, e no grcont, além destes níveis, também foi encontrada significância estatística na mobilidade, comunicação e comportamento social, verificando que são os participantes casados que se encontram mais independentes. Este resultado vai de encontro a Oliveira (2003), cujo estudo verificou que os doentes casados apresentam uma maior probabilidade de recuperação funcional, pois a família assume um papel preponderante na recuperação do individuo.

As habilitações académicas influenciam significativamente a independência funcional, no entanto no grcont, este facto, apenas se verifica para a dimensão de comunicação. Amaral (1994) & Fontes (1996), citados por Oliveira (2003) referem que o baixo nível educacional influencia de forma negativa na recuperação funcional. Em oposição, surge a opinião de Costa

(2009), refere que a educação pode ter alguma influência no controlo emocional pós AVC, mas não determinar ela própria grande variação no impacto que esta condição tem na saúde do indivíduo.

Contrariamente ao que se seria de esperar, a prática de atividade física apenas influenciou significativamente a independência nas dimensões: cuidados pessoais, controle de esfíncteres e no comportamento social, apesar de na amostra total, os participantes que praticavam exercício apresentaram melhores níveis de independência funcional. Costa (2009), refere que nem sempre estilos de vida menos saudáveis se traduzem por impactos mais negativos no estado de saúde, sobretudo se estiverem em causa hábitos dos quais o indivíduo retira prazer.

Para Chae et al (1996) citado por Silva (2010), os AVC'S hemorrágicos são na generalidade mais graves que os isquémicos, sendo esta opinião partilhada por Rocha (2008), na medida em que assume que o AVC hemorrágico é o pior em termos de prognóstico. Apesar do referido, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e a independência funcional dos participantes.

Voos e Vale (2007), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar que as dimensões de hemisfério esquerdo provocam prejuízos motores diferentes das lesões do hemisfério direito. Sabe-se que ocorre um maior prejuízo de movimentação voluntária em lesões hemisféricas esquerdas, enquanto é notável uma perda na atenção espacial e no controle postural quando a lesão ocorre no hemisfério direito. Ventura (2002), constatou que relativamente à evolução da independência funcional, segundo o hemisfério afetado, encontrou evidência empírica de diferença, apresentando melhor evolução os doentes com lesão à esquerda. No nosso estudo a localização do AVC influenciou significativamente a independência funcional dos participantes no grexp. nas dimensões de mobilidade e comportamento social.

A perda da autonomia correlaciona-se fortemente com capacidade funcional.

A ocorrência de um AVC tem um impacto direto ou secundário na maioria dos aspetos da saúde dos utentes, verificando-se que, mesmo os que apresentam apenas consequências mínimas, a sua maioria reporta uma diminuição da sua qualidade de vida relacionada com a saúde (Muus, Williams & Ringsberg, 2007; Muus e Ringsberg, 2005), a qual tende a deteriorar-se ao longo do tempo. Dependendo dos outros nos autocuidados, nomeadamente no vestir, alimentar-se e tomar banho, são problemas frequentes nos doentes de AVC, aos quais se associa uma diminuição da qualidade de vida. Indivíduos com antecedentes de AVC

tendem a apresentar mais problemas cognitivos que os seus pares sem antecedentes desta doença (Clarke et al., 2002). No nosso estudo verificámos que são os doentes que tiveram mais que um AVC, aqueles que se encontram mais dependentes, contudo só se registam significâncias estatísticas no grexp. nos cuidados pessoais, na mobilidade, na locomoção na comunicação e no comportamento social.

Num estudo efetuado por Abreu (2009), na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Cova da Beira, constatou-se que os doentes que realizaram trombólise, obtiveram uma resposta muito positiva ao tratamento, contrariamente ao nosso estudo, pois, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a realização de trombólise dos participantes da amostra e a independência funcional.

A forma como a família se organiza para responder à crise que o AVC pode provocar, o modo como aprende a lidar com uma doença incapacitante, as dificuldades, as angústias que sentem e a forma como as suplantam, pode ter um impacto positivo ou negativo na recuperação do doente (Mendes & Lourenço, 2007). Apesar deste facto, Oliveira (2003) conclui com o seu estudo que os indivíduos com melhor funcionalidade familiar eram os que apresentavam um maior nível de independência funcional. O apoio de familiares deve ser facilitado e incentivado no decorrer do processo de reabilitação, uma vez que a disponibilidade, o apoio prático e emocional destes elementos melhoram as competências do indivíduo, promovendo um melhor nível de independência funcional (Fagulha et al., 2000). Contrariamente ao foi referido acima, no nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a funcionalidade familiar e independência funcional.

5- CONCLUSÃO

Neste capítulo, procuramos realizar uma breve abordagem à forma como cumprimos o trajeto delineado e onde focamos, as principais conclusões do estudo, bem como efetuar uma breve reflexão sobre as limitações do mesmo, fornecendo sugestões.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O presente estudo pretendia atingir quatro objetivos referenciados na introdução. Nesse sentido descreveram-se as características sociodemográficas e clínicas das subamostras. Além disso, foi descrito um nível de independência funcional e identificou-se um conjunto de variáveis passíveis de influenciar a independência funcional dos doentes nas duas subamostras. Desta forma, pensamos ter dado algum contributo no conhecimento de relações associativas com significância estatística, no domínio da independência funcional, bem como verificar a influência da reabilitação nesse processo.

Em seguida são mencionados os principais resultados obtidos no presente estudo.

Em relação à caracterização sociodemográfica, podemos salientar que colaboraram no estudo 80 participantes, pertencendo 39 ao grupo experimental, ou seja ao grupo sujeito a reabilitação, e 41 ao grupo de controlo, cujos participantes não foram sujeitos a reabilitação. Analisando a faixa etária de ambas as subamostras verificámos que para o grxp, a maior percentagem de participantes se encontra entre os 77-83 (20%), enquanto que no grcont os participantes são mais idosos situando-se a maioria na última faixa etária 84 (20%) Em relação ao género verificámos em ambas as subamostras o predomínio do género masculino, grxp(30%) e grcont(26,3%). Em relação ao estado civil, pode salientar-se no grxp, que 20,0% são casados, 18,8% viúvos e 12,5% solteiros, enquanto, que no grcont se verifica que casados e viúvos apresentam o mesmo valor percentual (18,8%), sendo os restantes solteiros (11,3%). Relativamente às habilitações literárias, 45% se colocam entre o analfabetismo e 4º ano de escolaridade, 43,8% possui uma escolaridade entre 5 a 9 anos e apenas 11,3% o possuem o ensino secundário. Nas subamostras não se verificaram grandes diferenças nesta

variável, á exceção da escolaridade entre os 5-9 anos ser mais representativa do que no grexp. Em ambas as subamostras a maioria dos participantes realizava exercício físico, respetivamente, 33,8% no grexp, e 32,5% grcont.

No que diz respeito à caracterização clínica, podemos referir que a maioria dos participantes teve AVC de tipo isquémico (73,8%), tanto no grexp (31,3%) como no grcont (42,5%), a prevalência em ambas as amostras foi no hemisfério direito, no entanto no grcont verificou-se uma diferença mínima entre os dois hemisférios, apresentando o direito(25%) e o esquerdo(23,8%). Podemos também salientar que, para a maioria dos participantes foi o primeiro AVC (65,3%) e apenas 11,3% dos mesmos realizou trombólise.

No que respeita à caracterização dos níveis de independência funcional, podemos salientar que o grexp apresentou níveis mais elevados de independência do que no grcont, no entanto, no grexp apresentou 1 participante com dependência completa.

No que diz respeito às hipóteses estudadas, pode salientar-se que aceitamos as seguintes hipóteses, sendo rejeitadas as restantes (H1, H6, H9 e H10):

- H2 - A idade influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, pois no grexp existem diferenças significativas em todas as dimensões da escala, e no grcont estas diferenças só se encontram a nível dos cuidados pessoais, comunicação e comportamento social;
- H3 – O estado civil influenciou significativamente a independência funcional dos participantes do grexp aos níveis dos cuidados pessoais e controle de esfínteres e no grcont nos mesmos níveis, acrescentando ainda a mobilidade, comunicação e comportamento social;
- H4 - As habilitações académicas influenciaram significativamente a independência funcional dos participantes, verificando no grexp, diferenças significativas em todas as dimensões, enquanto no grcont. apenas se verificaram na dimensão de comunicação;
- H5 – A prática de atividade física influenciou significativamente a independência funcional dos participantes do grexp aos níveis dos cuidados pessoais e controle de esfínteres e no comportamento social;
- H7 – A localização do AVC teve uma influência estatisticamente significativa ao nível da independência funcional no grexp. apenas para as dimensões de mobilidade e comportamento social;

- H8 – A frequência do AVC teve uma influência estatisticamente significativa ao nível da independência funcional no grexp. em todas as dimensões, exceto para o controle de esfíncteres;

Tendo em conta o supracitado, podemos concluir que as variáveis sociodemográficas e clínicas exercem uma maior influencia na independência funcional quando testadas dimensão a dimensão, nomeadamente a idade, estado civil, habilitações académicas, prática de atividade física e frequência do AVC.

Para a recuperação do doente com AVC é importante a avaliação funcional, na medida em que, o processo de planeamento dos cuidados deve estar subjacente à evolução do doente. Este, deve ser implementado o mais precocemente possível, de forma a minimizar as incapacidades e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

No que concerne à amostra houve, num primeiro momento, a intenção de tentar reunir o maior número de elementos possível e que estes fossem representativos da população em geral. Contudo, a limitação temporal, impediu a obtenção de uma amostra elevada, impedindo a realização de generalizações.

Por estarmos cientes das nossas limitações, sugerimos novas investigações nesta área com um número de elementos mais avultado, de forma que a sua representatividade seja generalizada para a população em geral e realizar essas investigações utilizando o cruzamento de mais escalas, que abranjam de certa forma mais a parte cognitiva e psicológica.

Terminamos, salientando que a independência funcional ainda é um tema em que não existem a nível nacional muitas investigações, e por esse motivo sugerimos que este tema seja aprofundado por outros investigadores. Contudo, não podemos deixar de nos felicitar pelos resultados obtidos, pois pensamos, ter contribuído para a compreensão deste fenómeno complexo que é a independência funcional do doente pós AVC.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, S. & Damasceno, A. (2009, Janeiro/Fevereiro). – Ajuda AVC: manual online do cuidador. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Ano 17, Vol. 17, nº 1.
- American Stroke Association (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*; 42:517-584
- André, C. (1999). *Manual do AVC*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Azeredo, Zaida & Matos, Eduarda (2003, Julho/Agosto) - Grau de dependência em doentes que sofreram AVC- *in Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Vol. 18/ nº4, série III.
- Benvegnu, A.B., Gomes, L.A. & Souza, C.T.(Julho/ Dezembro, 2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVC). *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre. Vol. 1, nº2.
- Brainin, M., Teuschl, Y. e Kalra, L. (2007). Acute treatment and long-term management of stroke in developing countries. *Lancet Neurol*, Vol. 6, nº 6, 553-561.
- Braunwald, E., Kasper, D.L., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D. e Jameson, J.L. (2005).
- Branco, Maria João, Nogueira, Paulo Jorge & Dias, Carlos Matias (2001). *MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: ONSA.
- Branco, Teresa & Santos, Rui (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-8269-09-6.

- Braunwald, E., Kasper, D.L., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D. e Jameson, J.L. (2005). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 15ª Ed. New York: McGraw-Hill.
- Brink, Carolien L. [et. al] (2004). Effect of widowhood on disability onset in elderly men from three European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 52, nº 3, p. 353-358. Acedido em 5 de Abril de 2013 em <http://www.blackwell-synergy.com>.
- Cancela, D. (2008). *O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação*. Porto: Universidade do Porto.
- Carmona, J. (2004). *Hipertensão é a principal causa de acidentes vasculares cerebrais* . Acedido em 13 de Maio de 2013 em WWW: <URL: <http://www.spavc.org/imgs/contente/article42/sp5.pdf>>.
- Carvalhido, Teresa & Pontes, Manuela (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*. ISSN 1646-0480. Nº6, p. 140-150.
- Centro Colaborador Da Organização Mundial Da Saúde Para a Família de Classificações Internacionais (2003). CIF: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Chaves, Márcia Loureiro F. (2008). *Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia*. Porto Alegre: Artemed, p. 97-127.
- Chumney, Douglas [et al.](2010). Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. Vol 47, nº1, p.17-30.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. & Colantónio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors. Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, Vol. 33, 1016-1021.

- Coelho, Rosa Maria Alves (Dezembro, 2011). *Determinantes da capacidade funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral – Volume II*. Mestrado em enfermagem de reabilitação. Trabalho efetuado sob orientação do Professor Doutor Carlos Albuquerque.
- Costa, Ana Raquel [et al.], (2006) – *Qualidade de Vida no Deficiente Motor com Lesão Medular Traumática*. Viseu, P. 236. Trabalho de investigação de final de curso, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Costa, Rui (2009) – *Factores Preditores do Estado de Saúde em Indivíduos Vítimas de AVC*. Doutoramento em Tecnologias da Saúde. Aveiro.
- Cunha, G., Martins, M., Sousa, R.& Oliveira, F. (2007). *Estatística Aplicada as Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lidel, 2007.
- Cruz, Keila & Diogo, José (2009). Avaliação da capacidade funcional dos idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paulista Enfermagem*, 22 (5), p. 666-672
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Circular Normativa – Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*, Nº 2/DGCG.
- Diogo, M.J.D. (2000). *O papel da enfermeira na reabilitação do idoso*. Latino-enfermagem., p. 75-81.
- Duca, Giovanni [et al] (Fevereiro,2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*. Nº 43, p. 796-805.
- European Stroke Organization (2008). *Recomendações para o tratamento do AVC isquémico*. Heidelberg. Acedido 23 Abril 2013 em WWW: <URL:http://www.eso-strok.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf>.
- EUSI(2003). European Stroke Initiative Executive Committee, EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update. *Cerebrovascular Disease*, Vol. 16, nº 4, 311-337.

- Fagulha,T; Duarte, M. E. & Miranda, M. J. (2000). A qualidade de vida: uma nova dimensão psicológica. *Psychologica*, 25, p.5-17.
- Farias, Norma & Buchalla, Cassia Maria (2005). A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*. Vol. 8, nº2, p.187-192. Acedido em 12 de Março de 2013 em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>
- Ferraz, Carla (2003). *A família do doente com AVC e alta hospitalar: papel do enfermeiro na gestão da adaptação nas freguesias de Aldoar e Ramalde*. Porto: Instituto de Ciências de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Ferro, José Maria & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel, 2006.
- Ferro, José Maria & Verdelho, Ana (Julho/Agosto,2000). Epidemiologia, Factores de risco e Prevenção primária do AVC- in *Pathos: Formação Médica Contínua em cuidados de Saúde Primários*, Ano XVI,Nº7.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociencia, 2003. P. 329-338.
- Garrison, S.J., Rolak, L.A., Dodaro, R.R. e O'Callaghan, A.J. (1992). Reabilitação do paciente com AVC, in Delisa, J.A., *Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. São Paulo: Manole. Vol. 2, pp. 653-75.
- Geyh, S., Kurt, T., Brockow, T., Cieza, A., Ewert, T., Omar, Z. e Resch
- Gray, J. [et al.] (Novembro, 2007). Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the tinzaparin in acute ischaemic stroke trial (TAIST). *Stroke*, Vol. 38, nº11, p. 2960-2964. Acedido a 5 de Abril de 2013 em <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2960.full.pdf>>.
- Granger, C.V, Hamilton, B.B. & Keith, R.A.(1986). *Advances in functional assessment for medical rehabilitation: topics in geriatric rehabilitation*. Rockville: Aspen.

- Greve, J. (2007). *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo. Roca.
- Gonçalves, A.F. e Cardoso, S.M. (1997). Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 10, 543-550.
- Haase, Vítor Geraldi & Lacerda, Shirley Silva (Janeiro/Fevereiro, 2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em psicologia da SBP*. Ribeirão Preto. ISSN 1413-389X. Vol. 12, nº 1 p. 28-42.
- Hébert, Réjean, Brayne, Carol & Spiegelhalter, David(1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community dwelling population. *American Journal of Epidemiology*. Vol.150, nº 5, p. 501-510. Acedido em 24 de Abril de 2013 em <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/150/5/501>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, Shriley (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo*. 2ªed.Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.
- Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O., Vive-Larsen, J., Stonier, M. e Olsen, T.S.(2005). “Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: time course of recovery: The Copenhagen Stroke Study.”, *Arch Phys Med Rehab*, N.76, 406-412.
- Kase, C.S., Wolf, P.A., Kelly-Hayes, M., Kannel, W.B. e Beiser, A. (1998). “Intellectual decline after stroke: the Framingham Study”, *Stroke*, Vol. 29, 805-812.
- Kawasaki, K.; Cruz K.C.T. & Diogo M.J.D.(2004). A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Rehabil*. p. 57-60.
- Koukouli, S.; [et al] (2002). Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC health serv. Res*. Vol. 2, nº20.
- Kwakkel, G., Kollen, B. e Twisk, J.(2006). Impact of time on improvement of outcome after stroke. *Stroke .Journal of the American Heart Association*, Edição 37, 2348-2353.

- Kwakkel, G., van Peppen, R., Wagenaar, R.C., Wood, D.S., Richards, C., Ashburn, A., Miller, K., Lincoln, N., Partridge, C., Wellwood, I. e Langhorne, P. (2004). Effects of augmented exercise therapy time after stroke: A meta-analysis. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 5ª Ed., 2529-2539.
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1996). *Metodologia Científica*. 3ª Edição, São Paulo: Editora Atlas, p. 29, 33, 36.
- LeBrasseur, N.K., Sayers, S.P., Ouellette, M.M. e Fielding, R.A. (2006). “Muscle impairments and behavioral factors mediate functional limitations and disability following Stroke”, *Physical Therapy*, Vol. 15, 39.
- Legg, L.A., Drummond, A.E. e Langhorne, P. (2006). “Occupational therapy
- Leite, Valéria (Janeiro/Fevereiro 2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico - motora. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo. Vol. 39, nº 1, p. 92-96.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S.M. & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicação da população idosa brasileira: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*.
- Loureiro, Marli [et al] (Maio/ Junho 2007). As atividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. 3, nº 15), p. 50-58
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, Rosa Maria Lopes (2004) – *Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu*. Badajoz: [s.n.], p.306. Dissertação de Doutoramento apresentada á Universidade da Extremadura. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Martins, R., (2006). *A especial importância do AVC para a população portuguesa*. Acedido a 15 de Abril de 2013, em http://www.spavc.org/Imgs/contente/article-_42/spmai.pdf.

- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral-Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau - Edição Sinais Vitais. ISBN- 972-8485-65-4.
- Melo, T. e Ferro, J. (2003). Stroke units and stroke services in Portugal. *Cerebrovascular Diseases*, Vol. 15, Supl. 1, 21-22.
- Mendes, Rosa & Lourenço, Carlos (2007). O contributo do Enfermeiro na Reintegração/Reabilitação do doente com AVC e família na comunidade- *in Ecos de Enfermagem*, Ano XXXVII, nº252. Lisboa: Artes Gráficas.
- Muus, I. & Ringsberg, K. (2005). Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties, *Scand J Caring Sci*, Vol. 19, nº 2, 140-147.
- Muus, I., Williams, L. & Ringsberg, K.(2007). Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reliability and validity of the Danish versio, *Clinical Rehabilitation*, Vol. 21, 620–27.
- National Stroke Asociation. Rehabilitation Therapy. Disponível em: URL: <http://www.stroke.org>
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas: Papyrus.
- Netto; Matheus Papaléo (2002). *O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. In Freitas, Elizabete Viana [et al.] – Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 2-12.
- Nogueira, J. M. Abreu [et al.] (Julho, 2007). *Enquadramento das unidades de reabilitação de acidentes vasculares cerebrais: cuidados continuados saúde e apoio social* [Em linha]. Lisboa. Acedido a 28 Fev. 2013 em WWW:< URL:<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaod eAVCfinalRESUMOEXECUTIVO.pdf>>.

- Nunes, A [et al] (Janeiro/ Março,2000). Perfil Hipertensivo dos doentes com Doença Vasculiar Cerebral- *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 7/Nº 1.
- Oliveira, Carlos & Candeias, Maria (Agosto, 2000). A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº2, Loures: Edições Sinais Vitais. ISSN:0874-7695.
- Oliveira, Carlos (Julho/ Dezembro, 2003). – O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem* 31/32, 2ª série Lisboa: Associação Portuguesa Enfermeiros. ISSN 0871-0775.
- Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens*. Secretariado nacional de reabilitação. Ministério do emprego e da segurança social. Lisboa.
- Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Parente, Francisco [et al] (2002). Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico- Impacto Clínico e Social, Experiencia num hospital distrital- *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* (2002).
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005
- Pereira, S.R.M. (2003). *Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fracturas do fémur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso*. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Petronilho, F (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Editora Formasau.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F.(2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.
- Pinto, A.M. (2007). *Fisiopatologia – Fundamentos e Aplicações*. Lousã: Lidel – Edições Técnicas Lda.

- Portugal, Direção geral da saúde (2009). *Risco de morrer em Portugal: Inquérito nacional de saúde*. 2005/2006. Lisboa: DGS.
- Portugal, INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*. N.31, p.185-208. Acedido em 5 de Abril de 2013 em <http://www.ine.pt>.
- Preto, Leonel [et al] (2011). Trombólise no acidente vascular cerebral isquémico. Eficácia e critérios de inclusão/exclusão numa amostra de doentes. *Saúde & Tecnologia Suplemento*. VI Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 20 a 23 de Outubro de 2011. ISSN 1646-9704, p.144.
- Riberto, M.; Miyazaki M. H.& Jucá, S. S. H. (Março/Abril 2004).Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. Vol. 11, n. 2, p. 72-76.
- Rocha, S. I. M. (2008). *Doença cerebrovascular aguda: avaliação de protocolo de trombólise: Unidade de AVCs, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE*. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de mestrado integrado em medicina, apresentada à Faculdade de Ciências da UBI, Covilhã.
- Rosa, T.E. [et al] (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*.
- Rothwell, P., Coull, A., Giles, M., Howard, S., Silver, L., Bull, L., Gutnikov, S., Edwards, P., Mant, D. e Sackley, C. (2004). Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, *The Lancet*, Vol. 363, 1925-1933.
- Rubin, E., Gorstein, F., Rubin, R., Schwarting, R. e Strayer, D. (2005). *Patologia – Bases Clinicopatológicas da Medicina (4ª Ed.)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.

- Ryerson, S.D. (1994). “Hemiplégia resultante de dano ou doença vascular”, in Ryerson, S.D e O’Sullivan, S.B, *Fisioterapia Neurológica*, São Paulo: Ed. Manole L.da, 615-655.
- Salgueiro, Hugo (Setembro,2008). Factores de Risco Vascular e AVC nos idosos. *Sinais Vitais*, Nº8º. ISSN:0872-8844.
- Silva, E. J. A. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, área: Medicina comunitária.
- Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral (2006). Acidente vascular cerebral. Acedido a 15 de Fevereiro de 2013, em <http://www.spavc.org>.
- Sousa, L.; Galante, Helena & Figueiredo, Daniela (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de saúde Pública* Vol.37, nº3 (2003), p.364-371. Acedido em 5 de Abril de 2013 em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>>.
- Sullivan, J. e Hedman, L. (2004). A home program of sensory and neuromuscular electrical stimulation with upper-limb task practice in a patient 5 years after a stroke”, *Physical Therapy*, Vol. 84, nº 11, 1045-1054.
- Sullivan, K.A., White, K., Young, R., Chang, A., Roos, C. e Scott, C. (2006). “The nature and predictors of stroke knowledge amongst at-risk elderly persons in Brisbane, Australia”, *Disability and Rehabilitation*, Vol. 28, 1339-1348.
- Susan, J. e Garrison, S.J. (2003). *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*
- Teles, Mayara; Gusmão, Cirstiane (2012). Avaliação funcional de paciente com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl- Meyer- *Revista Neurociências*, 20 (1):42-49.
- Torres Fernandez S, [et al] (1999) Perfil del paciente hemipléjico candidato a intervencion social precoz. *Rehabilitacion*. Madrid Vol.33, nº5, 310-315.

- Ventura, Maria (Novembro, 2002). Independência Funcional em doentes com AVC: Influência do Hemisfério Afectado. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, nº5. ISSN 0874.0287
- Vilas, Ana Paula [et al] (Fevereiro,2001). AVC Hemorrágico: Experiência de um serviço de Medicina Interna- *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol.20/Nº2.
- WANNAMETHEE, S. G. & SHAPER, A. Gerald. Physical activity and the prevention of stroke. *J Cardiovasc.Risk* 6:213-216, 1999
- WHO STEPS Stroke Manual (2009). Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Pan-Americana da Saúde.
- WU LA, Malouf JF, [et al.] (2004). Patent foramen ovale in cryptogenic stroke: current understanding and management options. *Arch Intern Med* 164: 950-6.

ANEXOS



ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professora Rosa Martins
INVESTIGADORES COLABORADORES: Sofia Borges
CURSO: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Fatores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós-
AVC: Estudo comparativo

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Viseu, Abril de 2011



- Fatores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós-AVC: Estudo comparativo

NOTA DE ESCLARECIMENTO

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

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

Obrigado pela sua colaboração
P'la Equipa de Investigação

Prof. Rosa Martins

DATA DA COLHEITA DE DADOS

____ / ____ / ____

CÓDIGO DO QUESTIONÁRIO

SECÇÃO A – Caracterização Sócio – Demográfica**Idade**__**Sexo** M__ F__**Estado Civil** Solteiro__ Casado__ Outro__ Qual?_____**Com quem vive** Só__ Conjuge__ Lar__ Outro__ Qual?_____**Situação Laboral** Empregado__ Desempregado__ Reformado__**Profissão** _____**Actividade Física** S__ N__**Se sim. Agricultura**__ **Jardinagem**__ **Caminhadas**__ **Outro**__ Qual?_____**Reabilitação** S__ N__**Habilitações literárias:**

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

SECÇÃO B – Variáveis Clínicas**Tipo de AVC** Isquémico__ Hemorrágico__ HSA__**Localização da lesão** Hemisfério direito__ Hemisfério Esquerdo__

Tronco cerebral__

É a primeira vez que ocorre AVC? Sim__ Não__**Realização de tromb** Sim__ Não__**Doenças Associadas** Doença cardíaca__ AIT anterior__ DM tipo II__ DM tipo I__

HTA__

Factores de Risco Álcool__ Tabaco__ Álcool + 300 cc__ Outro__

SECÇÃO C – Funcionalidade Familiar ESCALA DE APGAR FAMILIAR

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

SECÇÃO D – Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	Independência	Sem Ajuda
	7. Independência completa 8. Independência modificada	
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Ajuda Mínima (sujeito=75%) 3. Ajuda Moderada (sujeito=50%)	Com Ajuda
	Dependência completa 2. Ajuda Máxima (sujeito=25%) 1. Ajuda Total (sujeito 0%)	

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



Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^{o(a)} Senhor^a
Prof. Dr. Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n^o 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO: Projecto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 20/07/2011, o Conselho de Administração em 09/08/2011, relativamente ao pedido de investigação de Sofia Borges, da Escola Superior de Saúde de Viseu sobre - "Avaliação funcional de doentes internados com AVC: do Internamento ao domicílio", informa que este assunto já foi objecto de decisão na reunião anterior.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 16 de Agosto de 2011

O Presidente do
Conselho de Administração

Carlos Vaz