

“ O cérebro é um tear encantado onde Milhões de lançadeiras fulgurantes (impulsos nervosos) tecem um padrão disperso, um padrão sempre cheio de sentido e todavia nunca duradouro; uma harmonia de subpadrões em constante mutação”

Charles Sherrington

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, pois sem a sua ajuda, tudo teria sido indiscutivelmente mais difícil.

À enfermeira Diretora Paula Eusébio por todo o apoio e colaboração no que concerne ao processo inerente à autorização da recolha de dados.

Às funcionárias do serviço de documentação por toda a dedicação e disponibilidade apresentadas, com especial relevo à D. Fernanda.

Aos meus pais e irmão, por a disponibilidade e apoio incondicional prestado ao longo de todo o percurso por mim delineado.

À minha namorada por a compreensão e ajuda apresentadas, durante a realização deste trabalho de investigação.

A todos o nosso obrigado!

RESUMO

Introdução – Segundo NERI (2001), a capacidade/independência funcional, tem sido definida como grau de preservação do individuo 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). O AVC é, para todos os efeitos, a manifestação de uma doença vascular cerebral, e as suas consequências são variadas e dependem da extensão e localização da lesão do tecido nervoso (CAMBIER et al, 2005). A finalidade do processo de reabilitação passa pela minimização do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador. Face a este enquadramento, a investigação pretendeu identificar níveis de independência Funcional do doente pós AVC bem como a sua correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas, comparando a independência funcional da admissão com a alta.

Métodos – Realizou-se um estudo transversal, analítico-correlacional, de natureza quantitativa, de cariz descritivo, na qual participaram 60 doentes, internados no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, maioritariamente do sexo masculino (60%) e com media de idades de 60,8 anos. No que concerne à colheita de dados, utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica, um questionário de caracterização clinica e a Escala de Medida de Independência funcional – (MIF).

Resultados – As evidencias encontradas neste estudo demonstram que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) quando comparado o momento da entrada com o da alta. As variáveis que influenciaram significativamente a independência funcional, foram o estado civil (dimensão autocuidados), o tempo de AVC (dimensão dos autocuidados, esfíncteres e locomoção), a reabilitação na fase aguda (dimensão dos autocuidados, locomoção e mobilidade) e o programa de reabilitação continuado.

Conclusão – As variáveis clinicas 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 enérgica.

PALAVRAS CHAVE: Doente, pós Acidente Vascular Cerebral, Independência Funcional

ABSTRACT

Introduction - Second NERI (2001), the capacity / functional independence has been defined as the degree of preservation of the individual's ability to perform basic activities of daily living (ADL's) or self-care and also to develop instrumental activities of daily living (IIVS's). Stroke is, for all purposes, the manifestation of a cerebral vascular disease and its consequences are varied and depend on the extent and location of the lesion of nervous tissue (Cambier et al, 2005). The purpose of the rehabilitation process involves the minimization of the impact of stroke or to the victim, either to your caregiver. Against this background, the research aims to identify levels of functional independence of patients after stroke and its correlation with demographic and clinical variables, comparing the functional independence from admission to discharge.

Methods - We conducted a cross-sectional study, analytic-correlational, quantitative, descriptive in nature, in which participated 60 patients hospitalized at the Center for Medical Rehabilitation Alcoitão, mostly male (60%) and average age 60.8 years. With regard to data collection, we used a sociodemographic questionnaire, a questionnaire and clinical characterization Scale Functional Independence Measure - (MIF).

Results - The evidence found in this study demonstrate that the functional independence has increased in all dimensions of the Scale of the Functional Independence Measure (FIM) when comparing the time of entry to discharge. The variables that significantly influenced the functional independence were marital status (self-care dimension), the time of stroke (size of self-care, sphincter and locomotion), rehabilitation in the acute phase (dimension of self-care, transportation and mobility) and rehabilitation program continued.

Conclusion - The clinical variables exert a greater influence on functional independence, when tested dimension to dimension. Given the above, we conclude that the rehabilitation program, plays a central role in the patient's functional independence, so this should be initiated as early as possible and continued vigorously.

KEYWORDS: Sick, post stroke, Functional Independence

INDICE

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – MATERIAIS E METODOS.....	23
2.1 – PARTICIPANTES	25
2.2 - INSTRUMENTOS	25
2.3 – PROCEDIMENTOS.....	27
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	31
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	31
3.1.1 - Caracterização sociodemográfica.....	31
3.1.2 - Caracterização Clínica.....	33
3.1.3 – Caracterização dos níveis de Independência funcional	36
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	37
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
5 – CONCLUSÃO.....	57
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	67
ANEXO II – Autorização para efetuar colheita de dados	75

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição segundo o género	32
Tabela 2 - Distribuição por Escalões Etários em função do género.....	32
Tabela 3 - Distribuição segundo o Estado Civil em função do género	33
Tabela 4 - Distribuição segundo as Habilitações Literárias em função do género	33
Tabela 5 – Distribuição segundo o Tempo de AVC em função do género.....	34
Tabela 6 - Distribuição segundo o Tipo de AVC em função do género	34
Tabela 7 - Distribuição segundo o Território Afectado em função do género.....	35
Tabela 8 - Distribuição segundo a realização de Reabilitação na Fase Aguda em função do género	35
Tabela 9 - Distribuição segundo a incidência do Primeiro AVC em função do género.....	35
Tabela 10 - Distribuição segundo a Realização de Trombólise em função do género.....	36
Tabela 11 - Distribuição segundo a Independência Funcional: Entrada/Alta	36
Tabela 12 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Género.....	38
Tabela 13 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Idade.....	39
Tabela 14 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Estado Civil.....	41
Tabela 15– Distribuição segundo o Teste de Tukey.....	41
Tabela 16– Distribuição segundo a Significância das diferenças: Habilitações Literárias	42
Tabela 17 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Tempo de AVC.....	44
Tabela 18 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Tipo de AVC.....	45
Tabela 19 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Território Cerebral Afectado	47
Tabela 20 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Reabilitação na Fase Aguda	48
Tabela 21 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Realização de Trombólise.....	49
Tabela 22 – Distribuição segundo a Significância : Entrada/Alta.....	51

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceptual da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	24
--	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Factores de risco não modificáveis para AVC	15
Quadro 2 - Factores de risco modificáveis para AVC.....	15
Quadro 3 - Manifestações Clínicas pós AVC.....	17
Quadro 4 - AVC do Hemisfério esquerdo/Hemisfério direito	17

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 – Distribuição segundo a Independência Funcional: Entrada/Alta	37
--	----

INDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD's – Atividades de vida diária

ABVD's - Atividades básicas de vida diária

AIVS's - Atividades instrumentais de vida diária

AIVD's - Atividades instrumentais de vida diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

MIF – Medida de Independência Funcional

χ^2 – Qui-Quadrado

1 – INTRODUÇÃO

Para PHIPPS (2003), a expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) reporta-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, resultantes de lesões cerebrais provocadas por alteração da irrigação sanguínea.

O AVC é, para todos os efeitos, a manifestação de uma doença vascular cerebral, e as suas consequências são variadas e dependem da extensão e localização da lesão do tecido nervoso (CAMBIER et al, 2005).

A população portuguesa que tem ou já teve AVC, segundo PORTUGAL (2009), cifrase em 171638 casos, afetando 89 293 pessoas do sexo masculino e 82 345 do sexo feminino.

O AVC é um importante problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais factores contribuintes para a morbilidade e mortalidade a nível mundial. Segundo PORTUGAL (2000) morreram em Portugal 20.995 doentes com AVC, sendo considerado uma das principais causas de morte. Tendo em conta o referido pela EUROPEAN STROKE ORGANISATION (2003), nos países industrializados é a terceira causa mais frequente de morte, seguindo-se as Doença Cardiovascular e Cancro.

No fim do Sec XIX, início do Sec XX, o AVC era encarado como doença fatal, na medida em que pouco se sabia sobre a sua prevenção. A reabilitação efectuada tinha como único objectivo, manter a funcionalidade músculo-esquelética ou proporcionar uma morte serena ao doente.

Os estudos efectuados ao longo das últimas décadas, levaram a uma melhor compreensão e ao estabelecimento de novas perspectivas sobre o problema, o que tem levado a uma diminuição considerável da mortalidade por AVC. A taxa de mortalidade desceu cerca de 33% desde 1980, mas cerca de 25% das vítimas ficam com incapacidades físicas ou mentais, que requerem apoio continuado nas actividades de vida (PHIPPS, 2003).

A taxa de mortalidade padronizada para Portugal em 2005 era de 11.6%, tendo diminuído em 2007 para 11.4% (PORTUGAL, 2007).

A doença cérebro vascular, representa 10% da totalidade de mortes sendo 9% do sexo masculino e 11% do sexo feminino (NOGUEIRA, 2007).

A incidência de AVC varia nos diferentes países Europeus, estimando-se entre 100 e 200 novos casos/100 000 habitantes/ano. A letalidade intra-hospitalar por AVC, também tem vindo a diminuir cerca de 1.9% entre 2004 e 2006. Embora não se verifique alteração significativa na incidência dos AVC, a sua prevalência, na população, é crescente devido ao aumento da sobrevivência e do crescimento da população idosa. O facto das tendências demográficas caminharem no sentido do envelhecimento da população, vai levar a que a quantidade e qualidade dos cuidados de saúde especializados, seja cada vez mais solicitado. (PORTUGAL, 2001).

A doença cérebro – vascular é muito frequente nas pessoas idosas, embora possa atingir grupos etários mais baixos. Nas idades inferiores a 40 anos afecta 3 a 5% dos indivíduos, tendo uma maior incidência no sexo masculino. No entanto, à medida que o grupo etário sobe, esta vai aumentando e a diferença entre sexos vai-se atenuando até valores muito aproximados entre homem e mulher acima dos 65 anos.

Segundo FERRO (2006), existem dois tipos básicos de AVC: isquémico e hemorrágico. O primeiro é aquele que é motivado pela oclusão de um vaso sanguíneo, podendo ser de origem trombolica ou embolica. A de origem trombolica, surge quando pequenos êmbolos, normalmente de origem cardíaca se deslocam, se alojam nos pequenos vasos ocasionando perdas de aporte sanguíneo. De origem trombolítica resultam da acumulação de placas de ateroma no lúmen dos vasos. O AVC hemorrágico, divide-se em intracerebral e subaracnoideia. Cerca de 85% dos AVC's, são de origem isquémica e 15% hemorrágica.

Tendo em conta que o AVC isquémico é o tipo de AVC com maior prevalência, do qual resultam inúmeras incapacidades, tornou-se imprescindível encontrar soluções terapêuticas específicas, com o principal objectivo de salvar a zona vítima de isquémia e minimizar os défices funcionais. Assim sendo, recorreu-se à trombolise, que possui inúmeros critérios de inclusão e muitos riscos associados, pelo que a triagem dos doentes deve ser muito bem efectuada.

Num estudo efectuado por ABREU (2009), dos 88 doentes com AVC isquémico que foram admitidos na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Cova da Beira, apenas 7,9%

realizaram trombolise. Da totalidade de doentes que realizaram trombolise, constatou-se que 71,1%, obtiveram uma resposta muito positiva ao tratamento.

Apesar do referido anteriormente, nem todos os autores sustentam a mesma ideia, na medida em que para TEIXEIRA (2004), o tratamento trombolítico não se mostrou eficaz na presença de hipodensidade precoce maior que um terço da extensão do território da artéria cerebral media, e ainda aumentou o risco de hemorragia intracranéana.

Os factores de risco, são maioritariamente ligados a comportamentos e a estilos de vida, que se alteram ao longo do tempo, podendo ser divididos em duas grandes categorias, modificáveis e não modificáveis, como está evidenciado nos quadros seguintes.

Quadro 1 - Factores de risco não modificáveis para AVC

Idade	O risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que 60 a 70% ocorre em pessoas com mais de 65 anos. (PHIPPS, 2003)
Género	No sexo masculino a incidência é ligeiramente superior (PHIPPS, 2003)
Hereditariedade	A prevalência é quatro vezes maior, quando os pais também padecem desta patologia (ANDRÈ, 1999)

Quadro 2 - Factores de risco modificáveis para AVC

Hipertensão arterial	Segundo CHAVES (2008), a hipertensão arterial é o mais importante fator de risco modificável, sendo partilhada esta opinião por CARMONA (2004).
Diabetes Mellitus	Na opinião de CHAVES (2008), nos diabéticos o risco de desenvolver um AVC é duas vezes superior, sendo esta opinião partilhada por ANDRÉ (1999). Para KOIZUMI e DICCINI (2006) Nos pacientes diabéticos e hipertensos o tratamento deve ser intensificado e recomenda-se o controlo rigoroso da tensão arterial.
Dislipidémia	A actividade física reduz o risco de desenvolver AVC, pois ajuda a manter os valores de colesterol inferiores a 160mg/dl (ANDRÉ,

	1999). Para CHAVES (2008), a dislipidemia é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, no entanto a relação entre os níveis séricos de colesterol e a incidência da referida doença, parece ser mais complexa, mostrando que esse é apenas um fraco fator de risco para eventos isquémicos.
Alcool	O consumo de álcool aumenta o risco de AVC hemorrágico (FERRO, 2000)
Tabagismo	Este é o segundo maior factor de risco, podendo aumentar até três vezes o risco (FERRO, 2000) Segundo CHAVES (2008), um estudo mostrou aumento de 2,58 vezes no risco de doença cardio vascular em fumadores , quando comparados com não fumadores, havendo redução do excesso de risco após cessação do consumo de tabaco.
Obesidade	O aumento do peso corporal, especialmente quando localizado na região abdominal, é considerado um fator de risco cardiovascular CHAVES (2008).

SULLIVAN (1993) refere que a expressão das lesões provocadas pelo AVC refere-se a um conjunto de sinais e sintomas de deficiência neurológica, que são provocadas pela alteração da irrigação sanguínea e dependem da extensão e localização da lesão, no tecido nervoso e do volume da circulação contralateral. Existem alterações físicas, emocionais e comportamentais, que muitas vezes condicionam a adesão ao programa de reabilitação, sendo fulcral que o enfermeiro de reabilitação, tenha sempre todos estes factores em conta quando planeia e executa o processo de reabilitação. As manifestações clínicas subjacentes a esta condição incluem alterações das funções em várias áreas, como evidencia o quadro seguinte.

Quadro 3 - Manifestações Clínicas pós AVC

Motoras	Hemiplegia, hemiparesia, atáxia e disfagia
Equilíbrio	Estático e dinâmico de pé ou sentado, que ocorre devido a fraqueza muscular
Comunicacional	Disartria, disfasias ou afasia
Visão	Hemianopsia, perda de visão periférica e diplopia
Percepção	Táctil, perda da propriocepção e dificuldade de interpretação de estímulos visuais e auditivos
Estado emocional e psicológico	Perda do controlo, labilidade emocional, menor tolerância a situações de stress, isolamento, medo, hostilidade, fúria e depressão
Eliminação	Incontinência, atonia vesical e urgência urinária
Actividade mental	Diminuição da capacidade de memorização de factos recentes e longo prazo, dificuldade de orientação, concentração, raciocínio abstracto e capacidade de julgamento

PHIPPS (2003), sustenta que o aumento dos nossos conhecimentos das funções de cada lado do cérebro, torna possível prever os efeitos do AVC em cada um dos hemisférios. Assim, os efeitos de um AVC do hemisfério esquerdo, vão manifestar-se no hemicorpo direito e vice-versa (efeito de lateralidade), porque os feixes nervosos cruzam a nível do tronco cerebral (quadro 4).

Quadro 4 - AVC do Hemisfério esquerdo/Hemisfério direito

AVC do hemisfério esquerdo	AVC do hemisfério direito
Défices motores no hemicorpo direito	Défices motores no hemicorpo esquerdo
Défices do campo visual direito	Défices do campo visual esquerdo
Elevado nível de frustração/depressão por perdas	Aparente despreocupação com as perdas
Extrema ansiedade antes de tentar novas	Impulsividade, altamente desconcentrado

capacidades	
Défices de linguagem	Défices percepto-espaciais
Comportamento lento e cauteloso	Negação ou inconsciência dos défices
Défice intelectual	Falta de discernimento, sobrestima de capacidades

Fonte: Adap. PHIPPS [et al] - *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica*. 2003; 1983 p.

O hemisfério esquerdo actua predominantemente na área da linguagem, sendo considerado o centro principal da linguagem e cálculo, controlo da actividade gestual e intencional, em especial em actividades onde é necessária a participação de actividades bi manuais e gestos simbólicos. As afasias são características de lesões deste hemisfério ou do hemisfério dominante, pelo que uma lesão neste hemisfério poderá comprometer parcial ou totalmente a função. Deste modo um utente poderá apresentar dificuldades ao nível da compreensão, expressão e cálculo (CAMBIER, 2005 e SAINBURG, 2006).

O hemisfério direito tem como principal a organização espacial, ideação não verbal (actividades musicais), na personalização das fisionomias e compreensão de linguagem simples, como frases curtas e decifragem de linguagem escrita. Este hemisfério possui no entanto uma pequena capacidade de retenção de mensagens auditivas e sobretudo não tem acesso à palavra (CAMBIER, 2004).

A finalidade do processo de reabilitação passa pela minimização do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador e a optimização 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).

O processo de reabilitação faz parte da terapêutica e varia de pessoa para pessoa, como em qualquer patologia, uma vez que este programa deve ser estipulado individualmente, tendo em atenção as particularidades do doente e família envolvente (LEITE, 2005).

Como já foi referido anteriormente, a pessoa vítima de AVC, pode apresentar manifestações clínicas diversas, consoante a área ou áreas cerebrais afectadas, exigindo por isso que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, faça uma avaliação minuciosa e precisa,

avaliando a sintomatologia, 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 e PONTES, 2009).

Segundo PAIS RIBEIRO (2005), objectivo da reabilitação pós AVC é superar as incapacidades provocadas pelo acidente, existindo três maneiras possíveis do indivíduo com lesão cerebral poder recuperar as capacidades funcionais perdidas: recuperação espontânea, restituição da função ou compensação da função perdida.

Verifica-se um forte consenso entre os especialistas, na ideia em que o elemento mais importante em qualquer programa de reabilitação é a prática directa, bem orientada e repetitiva, tendo sempre em conta, que a persistência tende para um aperfeiçoamento da técnica (EUROPEAN STROKE ORGANIZACION, 2008).

A duração ideal da reabilitação não está definitivamente esclarecida, todavia, verificou-se uma associação entre o aumento de intensidade da reabilitação, especialmente no tempo dispendido a treinar AVD's, e a melhoria dos resultados funcionais. Tendo em conta que muitas complicações imediatas do AVC estão relacionadas com a imobilidade, podemos considerar que a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce (EUROPEAN STROKE INICIATIVE, 2003).

Segundo NERI (2001), a capacidade/independência funcional, tem sido definida como grau de preservação do individuo 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).

O termo atividades de vida diária, surgiu em 1954, expressando a independência do individuo para atividades quotidianas. Em 1963, Katz estudo adultos e idosos com doenças crónicas e apresentou o termo ABVD's que englobava atividades que permitiam a esses indivíduos viver no seu próprio ambiente por meio de ações de autocuidado como banho, vestuário, higiene, transferência, continência e alimentação (ITAMI 2008).

ITAMI (2008), faz alusão ainda a LAWTON e BRODY (1969) os quais apresentaram as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), sendo estas mais complexas e compreendem ações como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar a roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas e tomar medicamentos.

Simultaneamente, também surgiu o termo avaliação funcional que foi criado com o intuito de mensurar objetivamente o desempenho do individuo em determinadas áreas como saúde física, intelectual e emocional (KAWASAKI, CRUZ e DIOGO 2004).

A mensuração da independência/dependência funcional, permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma redução da aquisição de melhoras (GREVE, 2007).

A MIF foi criada em 1984 através do forte empenho da Academia de Medicina Física de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação (Guide for the uniform data system for medical rehabilitation, 1993). O seu objetivo foi tentar padronizar conceitos e definições sobre incapacidade, obter um único instrumento de reabilitação, capaz de mensurar o grau de solicitação de cuidados de terceiros, que o individuo portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO et al., 2004).

Em termos clínicos, este instrumento possibilita a determinação da severidade da incapacidade, a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente e do resultado obtido, a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação, 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 e BUCHALLA, 2005).

A Escala MIF mensura as áreas de autocuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social por meio de pontuação que varia de um a sete, sendo esses valores correspondentes ao nível de dependência de terceiros. Desse modo, 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 e BUCHALLA, 2005).

CERVEIRA (2011), realizou um estudo sobre a Independência funcional nos doentes com AVC, com uma amostra de 105 indivíduos, tendo concluído que as variáveis tipo de AVC, hemisfério afetado e a continuidade com reabilitação, revelaram-se muito significativas na recuperação funcional. Concluiu também que as variáveis clínicas exercem uma maior influência na independência funcional quando testadas dimensão a dimensão.

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.

O tema escolhido surgiu, pelo facto de prestar cuidados no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no serviço de Reabilitação Geral de Adultos, que possui doentes com patologias do foro neurológico.

As questões de investigação são específicas e incluem os vários aspectos susceptíveis de serem estudados. Estas decorrem directamente dos objectivos e indicam o que o investigador quer obter como resultados. (FORTIN, 2009). Tendo em conta o supracitado, surgiram duas questões de investigação:

- Qual o nível de independência funcional do doente pós AVC?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) e as variáveis Clínicas (Tempo do AVC, tipo de AVC, território cerebral afectado, reabilitação na fase aguda, repetição de AVC, realização de trombólise e realização de um programa de reabilitação continuado) influenciam a Independência funcional pós AVC?

O objectivo geral do estudo é identificar níveis de independência Funcional do doente pós AVC bem como a sua correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Os objectivos específicos deste estudo procuram responder a algumas das inquietações desta problemática, ou seja, procuram genericamente:

- Identificar variáveis sociodemográficas do doente pós AVC;
- Caracterizar clinicamente o doente pós AVC;
- Identificar níveis de Independência funcional do doente pós AVC;

- Analisar correlações entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a Independência funcional pós AVC;
- Comparar níveis de independência funcional na admissão e na alta.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro pontos principais, sendo iniciado por os materiais e métodos, depois seguido pela apresentação e discussão dos resultados e como forma de remate, a conclusão.

Em síntese, este estudo permitir-nos-á identificar as variáveis com maior impacto, relativamente à independência funcional, de maneira a contribuir para a definição de orientações para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

2 – MATERIAIS E METODOS

Este capítulo refere-se à fase metodológica e consiste em precisar como o fenómeno em estudo está inserido num plano de trabalho que determinará os dinamismos conducentes à realização da investigação.

O processo de construção do estudo é fundamental para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados da investigação. Neste sentido, planeámos desenvolver um estudo de cariz descritivo, transversal e analítico-correlacional, do tipo quantitativo.

O tipo de estudo é transversal, uma vez que as variáveis em questão são estudadas num determinado momento fazendo um corte no tempo. O estudo de corte ou de incidência, pretende observar, num período, fenómenos que influenciam um grupo de pessoas com um determinado aspectos em comum (FORTIN, 2009).

Procedeu-se segundo uma lógica analítico-correlacional, tendo como objectivo explorar relações entre variáveis e sua descrição (FORTIN, 2009). Assim sendo, pretendeu-se descrever a Independência Funcional pós AVC e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre a mesma.

Segundo FORTIN (2009, p.123) “A ligação entre o quadro de referência e o método é assegurado pelo quadro conceptual ou teórico, que define a natureza das variáveis a estudar. O estabelecimento desta ligação é particularmente importante nos estudos que visam verificar proposições teóricas, porque se trata então de confirmar ou de infirmar hipóteses decorrentes da teoria. Os instrumentos de medida são escolhidos em função das variáveis definidas, no quadro de referência”.

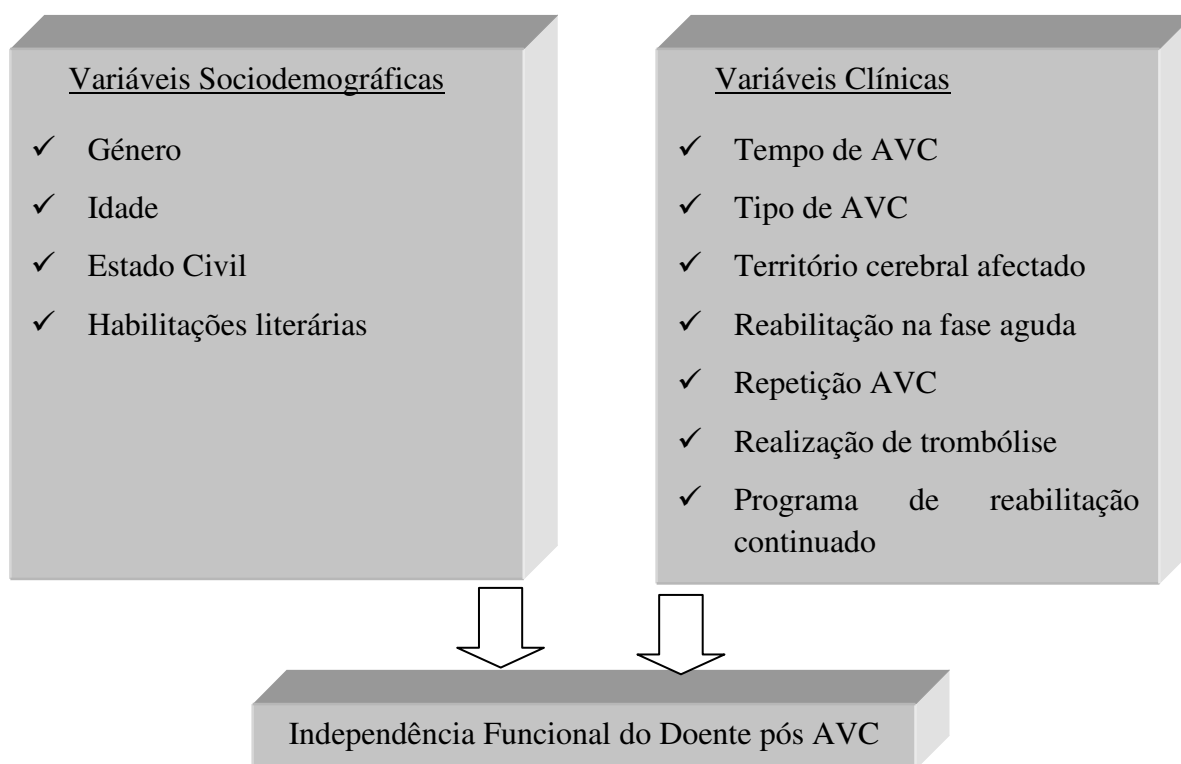
Segundo FORTIN (2009) as variáveis estão incluídas no enunciado do objectivo, nas questões de investigação e nas hipóteses. São consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo. 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 (FORTIN, 2009).

Para a realização desta investigação, considerou-se um conjunto de variáveis necessárias e fundamentais para o tratamento estatístico. Assim, foi definida como variável dependente, a independência funcional do doente pós AVC. As variáveis independentes foram divididas em variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações literárias) e variáveis clínicas (tempo de AVC, tipo de AVC, território cerebral afectado, reabilitação na fase aguda, repetição AVC, realização de trombólise e programa de reabilitação continuado).

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

Figura 1 – Modelo conceptual da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



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

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser numerosa, sobe pena deste se tornar muito demorado, dispendioso e de certo modo difícil de concretizar.

Tendo em conta a natureza do nosso estudo, utilizámos na nossa investigação o método de amostragem não probabilística por conveniência, dado que foi constituída por doentes com diagnóstico de AVC internados no Centro de Medicina de Reabilitação. Estamos conscientes que este método é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação da população alvo.

A nossa amostra foi constituída por 60 participantes, dos quais 60,0% afectos ao género masculino e 40,0% ao feminino.

2.2 - INSTRUMENTOS

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

A recolha de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados, sobre a forma de questionário (Anexo I), sendo este precedido de uma breve nota introdutória, explicando sucintamente o objectivo do estudo, garantias de confidencialidade e de privacidade.

Nesta perspectiva, decidiu-se efectuar a recolha de dados, questionando os doentes de uma forma individual, tendo como suporte questionários e escalas, obedecendo à seguinte sequência:

- Questionário de caracterização sociodemográfica;
- Questionário de caracterização clínica;
- Escala de Medida de Independência funcional – (MIF).

Questionário de caracterização sociodemográfica

O questionário foi construído tendo por base os objectivos da pesquisa, a consulta da bibliografia e ainda a consulta de outros questionários, tendo como finalidade recolher informações relevantes para a caracterização sociodemográfica e determinação da sua influencia na independência funcional pós AVC. Este é constituído por 4 questões, sendo 3 fechadas e uma aberta. Encontra-se subdividido em alíneas, acerca do género, idade, estado civil e habilitações literárias.

Questionário de caracterização Clínica

O questionário foi construído tendo por base os objectivos da pesquisa, a consulta da bibliografia e ainda a consulta de outros questionários, tendo como finalidade recolher informações relevantes para a caracterização clinica e determinação da sua influencia na independência funcional pós AVC, sendo constituído por 6 questões, sendo 5 fechadas e uma aberta. Este encontra-se subdividido em alíneas, acerca do tempo de AVC, tipo de AVC, território afectado, reabilitação fase aguda, primeiro AVC e realização de trombolise.

A ultima variável clinica intitulada de programa de reabilitação continuado, não entra no questionário, na medida em que todos o doentes internados no CMRA estão sujeitos a um programa de reabilitação continuado, com uma duração igual ao internamento, em que participa toda uma equipa multiprofissional.

Escala de Medida de Independência funcional – (MIF)

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

A elaboração deste instrumento tinha como objectivo mensurar a capacidade funcional por meio de uma escala de sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência.

A MIF é um instrumento que avalia a independência funcional, independentemente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras, apresentadas pelos pacientes (BENVEGNO, 2008 e RIBERTO, 2004).

A MIF é utilizada principalmente nas lesões do foro neurológico, como: os acidentes vasculares cerebrais e lesões medulares. Esta escala permite obter informações através da

observação do desempenho do utente, e/ou das informações fornecidas pelo paciente/familiar/acompanhantes/equipa. Tem como vantagem o facto de não contemplar somente actividades motoras, mas também os aspectos cognitivos e capacidade de comunicação. A Escala MIF é dividida em dois grandes domínios, o motor e o cognitivo. Esta tem um score que pode variar dos 18 aos 126 pontos. (RIBERTO, 2004).

Os seus domínio dividem-se em várias dimensões, nomeadamente os Auto-cuidados (6 itens com score de 42/126), Controle de esfíncteres (2 itens com score 14/126), Mobilidade (3 itens 21/126), Locomoção (2 itens 14/126), Comunicação (2 itens 14/126), e Cognição sócia I (3itens 21/126).

A pontuação de cada item varia de um a sete (1 – 7), de acordo com o grau de dependência: 7– independência completa; 6- independência modificada; 5- supervisão; 4- ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa); 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa); 2- Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa), 1- Ajuda total. A MIF total pode ser dividida em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); c) 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa); d) 104 – 126 pontos: independência completa / modificada (RIBERTO, 2004).

Cada item é analisado pela soma de suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência e assim sucessivamente.

2.3 – PROCEDIMENTOS

Tendo em conta os objectivos delineados para o estudo, adoptou-se como metodologia aplicar um questionário aos doentes internados. A escala (MIF), foi aplicada em dois momentos distintos: no início do internamento e após 3 meses.

Foi enviado um ofício ao Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, para a aplicação do questionário, sendo este apenas aplicado, após a autorização do referido ofício (Anexo II). A instituição referida mostrou-se receptiva ao estudo, contudo, a demora no processo de autorização, levou ao atraso na colheita de dados.

A colheita de dados decorreu desde o dia 1 de Setembro, até dia 30 de Dezembro de 2011, sendo que o tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 10 minutos.

Os questionários correctamente preenchidos foram numerados, verificando-se a sua validade para inclusão no estudo, sendo excluídos todos os que apresentaram preenchimento incompleto.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 para Windows.

Os testes de independência do **Qui-Quadrado** possibilitam analisar a relação de independência, informando se há ou não relação entre as variáveis (PESTANA e GAJEIRO 2005). No presente estudo, utilizou-se o teste supracitado, quando se testou a independência de variáveis categorizadas, ou seja, comparamos a relação entre variáveis qualitativas.

No presente estudo, utilizamos o **Teste de Turkey**, por ser um teste de comparação múltipla, que permite identificar entre que grupos se verificam diferenças significativas, através da comparação das suas médias.

Os pressupostos dos testes utilizados, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com:

- **Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov** (uma vez que estamos perante uma amostra superior a 30 sujeitos);
- **Teste de normalidade de Levene** (com o intuito de se saber a homogeneidade).

Em algumas das hipóteses utilizamos a estatística paramétrica pois comparamos duas ou mais amostras independentes e a variável dependente é de tipo quantitativo. Assim sendo usamos os seguintes testes paramétricos:

- **Teste t de Student** (nas hipóteses em que se compararam dois grupos);
- **Anova One-Way** (nas hipóteses em que se compararam mais de dois grupos).

Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos:

- **Teste de Mann-Whitney;**

Segundo MAROCO (2010), o teste de Mann- Witney é a opção mais comum ao teste paramétrico T-Student. É usado quando “à violação da normalidade, ou quando os n’s são pequenos (...). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos ou a existência de diferenças no pós-teste entre duas condições experimentais” (PESTANA E GAGEIRO, 2005).

- **Teste de Kruskal-Wallis**

Para MAROCO (2010), este teste é uma opção ao teste paramétrico ANOVA One-Way. Assim é um teste utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade e da igualdade das variâncias. “Permite ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais” (PESTANA E GAGUEIRO, 2005).

Para testar as hipóteses, utilizamos como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância $(\alpha) \leq 0,05$. No entanto, quando encontramos diferenças significativas para $(\alpha) \leq 0,10$ estas foram devidamente comentadas.

Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se, de acordo com o teorema do limite central, a normalidade de distribuição. Nestes casos, para facilidade de interpretação indicam-se os valores das médias e não os valores das ordens médias.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, relativo à análise dos resultados, procuramos caracterizar a amostra em estudo e analisar a influência das variáveis na capacidade funcional física e cognitiva dos doentes, tendo por base os objetivos que orientaram a presente investigação.

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

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). De modo a obtermos uma organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados da amostra em estudo em:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização clínica;
- Caracterização dos níveis de independência funcional.

3.1.1 - Caracterização sociodemográfica

Colaboraram no estudo 60 participantes, dos quais 60,0% ($n=36$) afectos ao género masculino e 40,0% ($n=24$) ao género feminino conforme se pode constatar pela observação da tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição segundo o género

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Masculino	36	60,0	60,0	60,0
Feminino	24	40,0	40,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

No que concerne à idade, a média de idades é de 60,8 anos (desvio padrão = 14,4 anos), sendo que o participante mais novo tem 24 anos e o mais velho 90 anos. Os escalões etários mais representados são os escalões 51-60 e 61-70 anos, ambos com a mesma proporção (25,0%). Estes dados são evidenciados na tabela 2. A distribuição do género pelos escalões etários é significativamente diferente, $\chi^2 (6) = 17,017$, $p=0,009$, havendo uma proporção maior do que o esperado de mulheres no escalão 31-40 (16,7%) e de homens no escalão 51-60 (36,1%).

Tabela 2 - Distribuição por Escalões Etários em função do género

		Escalões Etários							Total
		20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	
Masculino	Freq.			5	13	7	10	1	36
	%			13,9%	36,1%	19,4%	27,8%	2,8%	100,0%
Feminino	Freq.	2	4	3	2	8	3	2	24
	%	8,3%	16,7%	12,5%	8,3%	33,3%	12,5%	8,3%	100,0%
Total	Freq.	2	4	8	15	15	13	3	60
	%	3,3%	6,7%	13,3%	25,0%	25,0%	21,7%	5,0%	100,0%

No que se refere ao estado civil, predominam os casados pois representam mais de metade da amostra (61,0%). Seguem-se depois os divorciados (17,0%) e os viúvos (15,0%). A distribuição do género por estado civil é relativamente semelhante, $\chi^2 (3) = 6,597$, $p=0,073$.

Tabela 3 - Distribuição segundo o Estado Civil em função do género

		Estado Civil				Total
		Casado	Viuvo	Solteiro	Divorciado	
Masculino	Freq.	25	5	0	6	36
	%	69,4%	13,9%	,0%	16,7%	100,0%
Feminino	Freq.	12	4	4	4	24
	%	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Total	Freq.	37	9	4	10	60
	%	61,7%	15,0%	6,7%	16,7%	100,0%

Relativamente às habilitações literárias, 41,7% têm o ensino secundário, 40,0% o ensino básico e apenas 15,0% a licenciatura (Tabela 4). A distribuição do género por habilitações literárias é relativamente semelhante, $\chi^2 (3) = 0,352, p=0,950$.

Tabela 4 - Distribuição segundo as Habilitações Literárias em função do género

		Habilitações Literárias				Total
		Básico	Secundário	Licenciatura	Mestrado	
Masculino	Freq.	14	16	5	1	36
	%	38,9%	44,4%	13,9%	2,8%	100,0%
Feminino	Freq.	10	9	4	1	24
	%	41,7%	37,5%	16,7%	4,2%	100,0%
Total	Freq.	24	25	9	2	60
	%	40,0%	41,7%	15,0%	3,3%	100,0%

3.1.2 - Caracterização Clínica

A análise da tabela 5, indica-nos que a maioria dos participantes teve o AVC há menos de 2 meses (63,3%). A distribuição do género por tempo de AVC é relativamente semelhante, $\chi^2 (1) = 0,431, p=0,512$.

Tabela 5 – Distribuição segundo o Tempo de AVC em função do género

		Tempo de AVC		Total
		< 2 meses	> 2 meses	
Masculino	Freq.	24	12	36
	%	66,7%	33,3%	100,0%
Feminino	Freq.	14	10	24
	%	58,3%	41,7%	100,0%
Total	Freq.	38	22	60
	%	63,3%	36,7%	100,0%

A tabela 6 evidencia que uma percentagem bastante elevada teve AVC de tipo isquémico (81,7%). Os participantes com AVC de tipo hemorrágico representam os restantes (18,3%). A distribuição do género segundo tipo de AVC é relativamente semelhante, $\chi^2 (1) = 0,074$, $p=0,785$.

Tabela 6 - Distribuição segundo o Tipo de AVC em função do género

		Tipo de AVC		Total
		Isquemico	Hemorragico	
Masculino	Freq.	29	7	36
	%	80,6%	19,4%	100,0%
Feminino	Freq.	20	4	24
	%	83,3%	16,7%	100,0%
Total	Freq.	49	11	60
	%	81,7%	18,3%	100,0%

Um pouco mais de metade afectou o hemisfério esquerdo (55,0%) e (43,3%) o hemisfério direito, sendo que o tronco cerebral foi pouco afetado (1,7%), como se encontra demonstrado na tabela 7. O território afectado é relativamente semelhante em ambos os géneros, $\chi^2 (2) = 0,729$, $p=0,694$.

Tabela 7 - Distribuição segundo o Território Afectado em função do género

		Território Afectado			Total
		Hemisfério Esquerdo	Hemisfério direito	Tronco cerebral	
Masculino	Freq.	20	15	1	36
	%	55,6%	41,7%	2,8%	100,0%
Feminino	Freq.	13	11	0	24
	%	54,2%	45,8%	,0%	100,0%
Total	Freq.	33	26	1	60
	%	55,0%	43,3%	1,7%	100,0%

A tabela 8, demonstra que 85% dos participantes tiveram reabilitação na fase aguda. A reabilitação é relativamente semelhante em ambos os géneros, $\chi^2(1) = 0,196, p=0,658$.

Tabela 8 - Distribuição segundo a realização de Reabilitação na Fase Aguda em função do género

		Reabilitação na Fase Aguda		Total
		Sim	Não	
Masculino	Freq.	30	6	36
	%	83,3%	16,7%	100,0%
Feminino	Freq.	21	3	24
	%	87,5%	12,5%	100,0%
Total	Freq.	51	9	60
	%	85,0%	15,0%	100,0%

Para quase todos este foi o primeiro AVC (91,7%) (tabela 9). A distribuição por géneros é relativamente semelhante, $\chi^2(1) = 0,909, p=0,340$.

Tabela 9 - Distribuição segundo a incidência do Primeiro AVC em função do género

		Primeiro AVC		Total
		Sim	Não	
Masculino	Freq.	32	4	36
	%	88,9%	11,1%	100,0%
Feminino	Freq.	23	1	24
	%	95,8%	4,2%	100,0%
Total	Freq.	55	5	60
	%	91,7%	8,3%	100,0%

Aproximadamente um terço (31,7%) dos participantes realizou trombólise (tabela 10). A distribuição por géneros é relativamente semelhante, $\chi^2 (1) = 0,116, p=0,734$.

Tabela 10 - Distribuição segundo a Realização de Trombólise em função do género

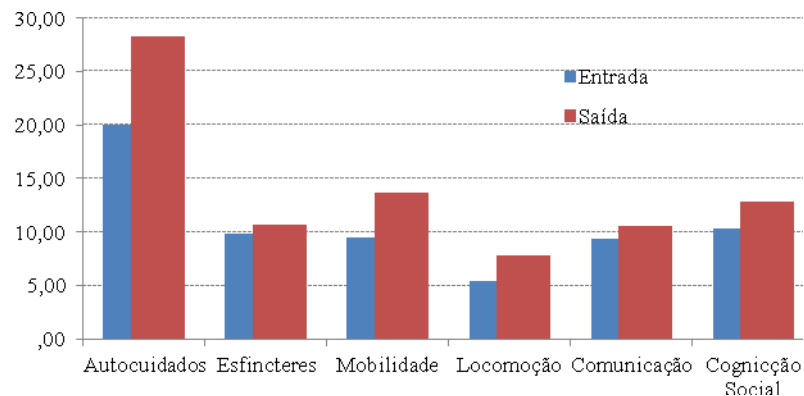
		Realização de Trombólise		Total
		Sim	Não	
Masculino	Freq.	12	24	36
	%	33,3%	66,7%	100,0%
Feminino	Freq.	7	17	24
	%	29,2%	70,8%	100,0%
Total	Freq.	19	41	60
	%	31,7%	68,3%	100,0%

3.1.3 – Caracterização dos níveis de Independência funcional

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos participantes nas dimensões de independência funcional (valores mínimos, máximos, médios e respectivos desvios-padrão) no momento de entrada e no momento da alta podem ser apreciados nas tabelas nº 11 e nº12 e no gráfico nº 1.

Tabela 11 - Distribuição segundo a Independência Funcional: Entrada/Alta

	Mínimo		Máximo		Média		Desvio padrão	
	Entrada	Alta	Entrada	Alta	Entrada	Alta	Entrada	Alta
Autocuidados	6	8	42	42	20,03	28,3	9,74	10,25
Esfíncteres	2	1	14	14	9,9	10,65	4,97	4,71
Mobilidade	3	3	21	21	9,45	13,65	5,7	5,74
Locomoção	2	2	13	14	5,43	7,77	3,19	3,82
Comunicação	2	2	14	14	9,32	10,53	4,53	4,05
Cognição Social	3	3	20	21	10,37	12,85	5,63	5,84
Total	18	22	123	126	64,5	83,75	28,65	30,17

Gráfico 1 – Distribuição segundo a Independência Funcional: Entrada/Alta

Após a análise dos dados pode facilmente concluir-se que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) quando comparado o momento da entrada com o da alta. Contudo, é facilmente visível no gráfico 1, que as dimensões com um aumento mais significativo foram os autocuidados a mobilidade e cognição social.

3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos ao procedimento seguinte que consiste em “inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras” (MAROCO, 2007, P.55). Com a ajuda da estatística inferencial, isto é, com recurso à utilização dos testes estatísticos, podemos determinar “se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra, são generalizáveis à população onde esta foi tirada” (FORTIN, 1999, P.269).

Face ao supracitado, encontra-se em seguidas as hipóteses testadas.

H₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre o género e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student pois estamos a comparar dois grupos e a variável dependente é de tipo quantitativo. Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste

de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney.

O género não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, pelo que rejeitamos a hipótese.

Tabela 12 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Género

	Masculino		Feminino		Sig. $p \leq 0,10$
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	7,42	5,65	9,54	6,66	0,189
Esfínteres a)	0,58	1,32	1,00	2,72	0,992
Mobilidade	4,00	2,88	4,50	3,71	0,559
Locomoção	2,33	2,27	2,33	2,60	1,000
Comunicação a)	1,11	1,75	1,38	2,52	0,683
Cognição Social	2,67	2,68	2,21	1,67	0,459
Total	18,11	11,99	20,96	15,01	0,419

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, o valor médio da independência é de 7,42 nos homens e de 9,54 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -1,329$, $p=0,189$.

Controlo de esfínteres, o valor médio da independência é de 0,58 nos homens e de 1,00 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,010$ $p=0,992$.

Mobilidade, o valor médio da independência é de 4,00 nos homens e de 4,50 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -0,587$, $p=0,559$.

Locomoção, o valor médio da independência é de 2,33 nos homens e de 2,33 nas mulheres não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(59) = -0,000$, $p=1,000$.

Comunicação, o valor médio da independência é de 1,11 nos homens e de 1,38 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,409$, $p = 0,683$.

Cognição social, o valor médio da independência é de 2,67 nos homens e de 2,21 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -0,745$, $p = 0,459$.

Total, o valor médio da independência é de 18,11 nos homens e de 20,96 nas mulheres, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -0,814$, $p = 0,419$.

H₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

Esta variável foi requalificada, sendo que o grupo dos mais novos integram todos os participantes com idade inferior a 60 anos e o grupo dos mais velhos integram todos os participantes com idade superior a 61 anos.

A idade não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo aceitamos parcialmente esta hipótese, para a dimensão Esfíncteres, rejeitando-se para as restantes dimensões.

Tabela 13 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Idade

	Mais novos		Mais velhos		Sig. $p \leq 0,10$
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	8,17	6,28	8,35	6,04	0,909
Esfíncteres a)	,48	1,57	1,00	2,30	0,075
Mobilidade a)	4,28	3,40	4,13	3,08	0,869
Locomoção a)	2,76	2,23	1,94	2,48	0,330
Comunicação a)	1,07	1,48	1,35	2,52	0,906
Cognição Social a)	2,24	2,23	2,71	2,42	0,427
Total	19,00	12,65	19,48	14,00	0,889

a) valor do teste de Mann-Whitney

Controlo de esfíncteres, o valor médio da independência é de 0,48 nos mais novos e de 1,00 nos mais velhos, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $Z = -1,781$, $p=0,075$.

Relativamente às restantes variáveis:

Autocuidados, o valor médio da independência é de 8,17 nos mais novos e de 8,35 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -0,115$, $p=0,909$.

Mobilidade, o valor médio da independência é de 8,28 nos mais novos e de 4,13 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,165$, $p=0,869$.

Locomoção, o valor médio da independência é de 2,76 nos mais novos e de 1,94 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,973$, $p=0,330$.

Comunicação, o valor médio da independência é de 1,07 nos mais novos e de 1,35 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,118$, $p=0,906$.

Cognição, o valor médio da independência é de 2,24 nos mais novos e de 2,42 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z = -0,795$, $p=0,427$.

Total, o valor médio da independência é de 19,00 nos mais novos e de 19,48 nos mais velhos, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = -0,140$, $p=0,889$.

H₃ - Existe relação estatisticamente significativa entre o estado civil e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste Anova One-way.

O estado Civil não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo aceitamos parcialmente esta hipótese, para a dimensão Autocuidados, rejeitando-se para as restantes.

Tabela 14 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Estado Civil

	Casado		Viúvo		Divorciado		Sig $p \leq 0,10$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	9,70	6,55	4,56	3,81	8,00	5,27	0,076
Esfíncteres	,73	2,24	1,00	1,22	0,90	2,02	0,929
Mobilidade	4,49	3,45	3,89	3,02	4,00	2,98	0,845
Locomoção	2,49	2,47	1,78	2,11	2,50	2,51	0,725
Comunicação	1,41	2,32	1,67	2,18	0,30	0,82	0,288
Cognição Social	2,70	2,59	2,00	1,80	2,40	2,01	0,720
Total	21,51	14,51	14,89	10,47	18,10	10,66	0,378

Autocuidados, $F(2, 53) = 2,710$, $p=0,076$, a análise do teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as **diferenças significativas** se encontram entre o grupo dos casados e dos viúvos, sendo que os primeiros obtêm valores mais elevados nesta dimensão (9,70 versus 4,56).

Tabela 15– Distribuição segundo o Teste de Tukey

Estado civil	N	Subset for alpha = 0.10	
		1	2
Viúvo	9	4,56	
Divorciado	10	8,00	8,00
Casado	37		9,70
Sig.		,329	,758

Relativamente às restantes variáveis:

Controlo de esfíncteres, $F(2, 53) = 0,074$, $p=0,929$, os casados obtêm um valor médio mais baixo e os viúvos um valor médio mais elevado (0,73 vs 1,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Mobilidade, $F(2, 53) = 0,169$, $p=0,845$, os viúvos obtêm um valor médio mais baixo e os casados um valor médio mais elevado (3,89 vs 4,49), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Locomoção, $F(2, 53) = 0,324$, $p=0,725$, os viúvos obtêm um valor médio mais baixo e os casados um valor médio mais elevado (1,78 vs 2,50), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $F(2, 53) = 1,273$, $p=0,288$, os divorciados obtêm um valor médio mais baixo e os casados um valor médio mais elevado (0,30 vs 1,67), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $F(2, 53) = 0,331$, $p=0,720$, os viúvos obtêm um valor médio mais baixo e os casados um valor médio mais elevado (2,00 vs 2,70), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Total, $F(2, 53) = 0,990$, $p=0,378$, os viúvos obtêm um valor médio mais baixo e os casados um valor médio mais elevado (21,51 vs 14,89), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₄ - Existe relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste Anova One-way.

As habilitações literárias não influenciaram significativamente a independência funcional dos participantes, pelo que rejeitamos esta hipótese.

Tabela 16– Distribuição segundo a Significância das diferenças: Habilidade Literárias

	Básico		Secundário		Licenciatura		Sig $p \leq 0,10$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	6,96	5,42	9,76	6,73	7,73	5,82	0,266
Esfínteres	0,88	1,51	0,96	2,68	0,00	0,00	0,386
Mobilidade	4,08	3,08	4,36	3,39	4,09	3,39	0,950
Locomoção	1,96	2,40	2,76	2,50	2,18	2,09	0,495
Comunicação	1,25	1,65	1,44	2,72	0,64	0,92	0,569
Cognição Social	2,17	1,86	3,00	2,86	2,00	1,79	0,346
Total	17,29	11,43	22,28	15,40	16,64	11,14	0,328

Autocuidados, $F(2, 57) = 1,356$, $p=0,266$, os participantes com o ensino básico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (6,96 vs 9,76), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Controlo de esfíncteres, $F(2, 57) = 0,968$, $p=0,386$, os participantes com a licenciatura obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (0,00 vs 0,96), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Mobilidade, $F(2, 57) = 0,051$, $p=0,950$, os participantes com o ensino básico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (4,08 vs 4,36), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Locomoção, $F(2, 57) = 0,712$, $p=0,495$, os participantes com o ensino básico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (1,96 vs 2,76), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $F(2, 57) = 0,569$, $p=0,569$, os participantes com o ensino secundário obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com a licenciatura um valor médio mais elevado (0,64 vs 1,44), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $F(2, 57) = 1,080$, $p=0,346$, os participantes com a licenciatura obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (2,00 vs 2,86), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Total, $F(2, 57) = 1,137$, $p=0,328$, os participantes com a licenciatura obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com o ensino secundário um valor médio mais elevado (16,64 vs 22,28), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₅ - Existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de AVC e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

O Tempo de AVC não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo aceitamos parcialmente esta hipótese, para a dimensão Autocuidados, Esfíncteres e Locomoção, rejeitando-se para as restantes.

Tabela 17 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Tempo de AVC

	< 2 meses		> 2 meses		Sig.
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	$p \leq 0,05$ $p \leq 0,10$
Autocuidados	9,37	6,53	6,36	4,88	0,066
Esfínteres a)	0,55	2,04	1,09	1,90	0,055
Mobilidade	4,29	2,92	4,05	3,73	0,780
Locomoção a)	2,84	2,41	1,45	2,11	0,028
Comunicação a)	1,34	2,29	1,00	1,66	0,678
Cognição Social	2,74	2,49	2,05	1,99	0,271
Total	21,13	13,86	16,00	11,69	0,149

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, o valor médio da independência é de 9,37 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 6,36 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(58) = 1,875$, $p=0,066$.

Controlo de esfínteres, o valor médio da independência é de 0,48 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 1,00 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $Z = -1,918$ $p=0,055$.

Locomoção, o valor médio da independência é de 0,48 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 1,00 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $Z = -2,198$, $p=0,028$.

Relativamente às restantes variáveis:

Mobilidade, o valor médio da independência é de 4,29 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 4,05 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z= 0,281$, $p=0,780$.

Comunicação, o valor médio da independência é de 1,34 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 1,00 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $Z= -0,415$, $p=0,678$.

Cognição, o valor médio da independência é de 2,74 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 2,05 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = 1,112, p=0,271$.

Total, o valor médio da independência é de 21,13 nos que tiveram o AVC há menos de 2 meses e de 16,00 nos que tiveram o AVC há mais de 2 meses, não sendo, no entanto, a diferença estatisticamente significativa, $t(58) = 1,461, p=0,889$.

H₆ - Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de AVC e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

O tipo de AVC não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, pelo que rejeitamos esta hipótese.

Tabela 18 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Tipo de AVC

	Isquémico		Hemorrágico		Sig. $p \leq 0,10$
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	8,29	6,16	8,18	6,15	0,960
Esfínteres a)	0,78	2,04	0,64	1,80	0,744
Mobilidade	4,37	3,14	3,45	3,59	0,399
Locomoção a)	2,47	2,43	1,73	2,15	0,205
Comunicação a)	1,22	2,23	1,18	1,25	0,536
Cognição Social	2,49	2,36	2,45	2,30	0,964
Total	19,61	13,66	17,64	11,60	0,658

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, $t(58) = 0,051, p=0,960$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (8,29 vs 8,18), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Controlo de esfíncteres, $Z = -0,327$, $p=0,744$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (0,78 vs 0,64), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Mobilidade, $t(58) = 0,849$, $p=0,399$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (4,37 vs 3,45), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Locomoção, $Z = -1,267$, $p=0,205$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (2,47 vs 1,73), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $Z = -0,619$, $p=0,536$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (1,22 vs 1,18), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $t(58) = 0,045$, $p=0,964$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (2,49 vs 2,45), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Total, $t(58) = 0,444$, $p=0,658$, os participantes que tiveram AVC de tipo isquémico obtêm um valor médio mais baixo e os participantes com AVC de tipo hemorrágico um valor médio mais elevado (19,61 vs 17,64), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₇ - Existe relação estatisticamente significativa entre o território cerebral afectado e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

O Território afectado não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes. Face ao exposto rejeitamos esta hipótese.

Tabela 19 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Território Cerebral Afectado

	Hemisfério Esq.		Hemisfério Dt°		Sig. $p \leq 0,10$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	8,94	5,83	7,69	6,45	0,439
Esfínteres a)	0,58	1,37	1,00	2,61	0,549
Mobilidade	4,36	3,42	4,15	2,95	0,805
Locomoção a)	2,70	2,82	1,88	1,68	0,150
Comunicação a)	1,21	1,56	1,27	2,65	0,370
Cognição Social	2,58	2,73	2,46	1,73	0,853
Total a)	20,36	13,41	18,46	13,06	0,355

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, $t(57) = 0,779$, $p=0,439$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais elevado (8,94 vs 7,69), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Controlo de esfínteres, $Z = -0,599$, $p=0,549$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais baixo (0,58 vs 1,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Mobilidade, $t(58) = 0,248$, $p=0,805$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais elevado (4,36 vs 4,15), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Locomoção, $Z = -1,438$, $p=0,150$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais elevado (2,70 vs 1,88), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $Z = -0,897$, $p=0,370$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais baixo (1,21 vs 1,27), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $t(58) = 0,186$, $p=0,853$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais elevado (2,58 vs 2,46), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Total, $Z = 0,924$, $p=0,355$, os participantes com o hemisfério esquerdo afectado obtêm um valor médio mais elevado (20,36 vs 18,46), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₈ - Existe relação estatisticamente significativa entre a reabilitação na fase aguda e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

A reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes. Deste modo, aceitamos esta hipótese.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 20 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Reabilitação na Fase Aguda

	Sim		Não		Sig. $p \leq 0,05$ $p \leq 0,10$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	8,88	6,06	4,78	5,43	0,063
Esfincteres a)	0,71	2,00	1,00	2,00	0,446
Mobilidade a)	4,65	3,16	1,67	2,29	0,007
Locomoção a)	2,53	2,47	1,22	1,48	0,070
Comunicação	1,25	2,21	1,00	1,12	0,737
Cognicção Social a)	2,49	2,31	2,44	2,55	0,777
Total	20,51	13,43	12,11	9,91	0,079

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, $t(58) = 1,899$, $p=0,063$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (8,88 vs 4,78), sendo a diferença **estatisticamente significativa**.

Mobilidade, $Z = -2,683$, $p=0,007$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (4,65 vs 1,67), sendo a diferença **estatisticamente significativa**.

Locomoção, $Z = -1,813$, $p=0,070$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (2,53 vs 1,22), sendo a diferença **estatisticamente significativa**.

Total, $t(58) = 1,787$, $p=0,079$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (20,51 vs 12,11), sendo a diferença **estatisticamente significativa**.

Relativamente às restantes variáveis:

Controlo de esfíncteres, $Z = -0,763$, $p=0,446$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais baixos (0,71 vs 1,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $t(58) = 0,337$, $p=0,737$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (1,25 vs 1,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $Z = 0,283$, $p=0,777$, os participantes com reabilitação na fase aguda obtêm valores mais elevados (2,49 vs 2,44), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₉ - Existe relação estatisticamente significativa entre a realização de trombólise e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney, nos casos em que os pressupostos de normalidade não se encontravam satisfeitos.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a realização de trombólise dos participantes da amostra e a independência Funcional. Face ao referido, rejeitamos esta hipótese.

Tabela 21 – Distribuição segundo a Significância das diferenças: Realização de Trombólise

	Sim		Não		Sig. $p \leq 0,10$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	7,95	5,84	8,41	6,30	0,785
Esfíncteres a)	0,58	1,54	0,83	2,18	0,544
Mobilidade	4,74	3,31	3,95	3,18	0,383
Locomoção a)	2,37	2,19	2,32	2,49	0,658
Comunicação a)	0,95	1,51	1,34	2,30	0,619
Cognição Social a)	2,63	2,67	2,41	2,18	0,917
Total	19,21	12,70	19,27	13,64	0,988

a) valor do teste de Mann-Whitney

Autocuidados, $t(58) = 0,273$, $p=0,785$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (7,95 vs 8,41), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Controlo de esfíncteres, $Z = -0,606$, $p=0,544$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (0,58 vs 0,83), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Mobilidade, $t(58) = 0,879$, $p=0,383$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (4,74 vs 3,95), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Locomoção, $Z = -0,442$, $p=0,658$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (2,37 vs 2,32), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Comunicação, $Z = -0,498$, $p=0,619$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (0,95 vs 1,34), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Cognição social, $Z = -0,105$, $p=0,917$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (2,63 vs 2,41), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Total, $t(58) = -0,016$, $p=0,988$, os participantes que realizaram trombólise obtêm um valor médio mais baixo (19,21 vs 19,27), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

H₁₀ – Existe uma relação estatisticamente significativa entre o programa de reabilitação continuado e a Independência Funcional.

Para testar esta hipótese usou-se o teste t de Student para amostras emparelhadas pois estamos a comparar os mesmos sujeitos em dois momentos de avaliação.

O programa de reabilitação continuado teve uma influência estatisticamente significativa ao nível da independência funcional. Face ao exposto, aceitamos a hipótese.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 22 – Distribuição segundo a Significância : Entrada/Alta

	Entrada		Alta		Sig. $p \leq 0,01$
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Autocuidados	20,03	9,74	28,30	10,25	0,000
Esfínteres	9,90	4,97	10,65	4,71	0,005
Mobilidade	9,45	5,70	13,65	5,74	0,000
Locomoção	5,43	3,19	7,77	3,82	0,000
Comunicação	9,32	4,53	10,53	4,05	0,000
Cognição Social	10,37	5,63	12,85	5,84	0,000
Total	64,50	28,65	83,75	30,17	0,000

Autocuidados, o valor médio da independência é de 20,03 no momento da entrada e de 28,30 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -10,482$, $p=0,000$.

Controlo de esfínteres, o valor médio da independência é de 9,90 no momento da entrada e de 10,65 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -2,922$, $p=0,005$.

Mobilidade, o valor médio da independência é de 9,45 no momento da entrada e de 13,65 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -10,121$, $p=0,000$.

Locomoção, o valor médio da independência é de 5,43 no momento da entrada e de 7,77 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -7,581$, $p=0,000$.

Comunicação, o valor médio da independência é de 9,32 no momento da entrada e de 10,53 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -4,540$, $p=0,000$.

Cognição social, o valor médio da independência é de 10,37 no momento da entrada e de 12,85 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -8,273$, $p=0,000$.

Cognição social, o valor médio da independência é de 64,50 no momento da entrada e de 83,75 no momento da alta, sendo a diferença **estatisticamente significativa**, $t(59) = -11,264$, $p=0,000$.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão dos resultados das variáveis sociodemográficas

Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos participantes da amostra são do género masculino (60,0%), o que sustenta a opinião de PHIPPS (2003), uma vez que segundo ele, no sexo masculino a incidência é ligeiramente superior. Esta opinião é igualmente defendido por PORTUGAL (2009).

Segundo PHIPPS (2003), 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. Segundo os dados do nosso estudo, os escalões etários mais representativos são os escalões 51-60 e 61-70 anos, o que nos leva facilmente a concluir que esta patologia abrange cada vez mais, pessoas jovens, podendo estar relacionado com o sedentarismo que tem vindo a aumentar na nossa sociedade. Os resultados do nosso estudo, vão de encontro aos obtidos por PORTUGAL (2009), uma vez que segundo o inquérito nacional de saúde 2005/2006, nas idades compreendidas entre os 45 e 54 anos, já existiam cerca de 16729 portugueses vítimas de AVC.

Centrando-nos na variável estado civil, constatou-se que os participantes da amostra são maioritariamente casados (61,0%), seguindo-se depois os divorciados (17,0%) e os viúvos (15,0%). Os números apresentados vão de encontro aos 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 42,0% têm o ensino secundário, 40,0% o ensino básico e apenas 15,0% a licenciatura.

Discussão dos resultados das variáveis clínicas

Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos participantes da amostra teve o AVC há menos de 2 meses (63,3%), tendo em conta a data da admissão.

No que concerne ao tipo de AVC, pode salientar-se, que segundo os dados obtidos, 81,7% dos participantes da amostra, foram vítimas de um AVC isquémico, o que vem reforçar a ideia de FERRO (2006), na medida em que para ele, cerca de 85% dos AVC's, são de origem isquémica e 15% hemorrágica.

Tendo em conta o território cerebral afectado, pode referir-se que 55% dos participantes da amostra, tiveram um AVC ao nível do hemisfério esquerdo e apenas 43,3% no hemisfério direito. Estes dados vão de encontro à opinião de VENTURA (2002), uma vez que segundo um estudo intitulado “Independência funcional em doentes com AVC: Influência do hemisfério afectado”, 51% dos sujeitos da amostra apresentavam lesão do hemisfério esquerdo e 49% apresentavam lesão do hemisfério direito.

No que concerne à realização de reabilitação na fase aguda, pode referir-se que 85% dos participantes tiveram acesso à mesma, o que vem demonstrar a importância do Curso de Reabilitação, uma vez que com os especialistas existentes antes de reabrir a especialidade nesta área, não era possível atingir estes valores, na medida em que a grande maioria passou a ocupar cargos de chefia. Face ao exposto, pode referir-se que agora é possível por em prática a opinião de LEITE (2005), que sustenta a ideia de que a reabilitação deve ser realizada o mais precoce possível.

Discussão dos resultados das variáveis da aferição das hipóteses

GRAY et al (2007), 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, verificou-se que o género não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes. Este resultado vai de encontro à opinião de PORTUGAL (2009), que verificou não haver diferença estatisticamente significativa na evolução da independência funcional de acordo com o sexo.

HAASE e 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. Contudo, BAGG, POMBO e HOPMAN (2002), após análise de 14 estudos, concluíram que o factor idade não contribui

significativamente no resultado funcional, indo de encontro aos resultados evidenciados no nosso estudo, na medida em que não se encontrou uma influência significativa entre a idade e a independência funcional dos participantes.

No nosso estudo, o estado civil não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo encontramos diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão autocuidados.

Contrariamente ao que se podia vaticinar, as habilitações literárias não influenciaram significativamente a independência funcional dos participantes, o que nos permite concluir que os ensinamentos são sempre adequados à capacidade de compreensão e assimilação que cada um possuiu.

O Tempo de AVC não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, uma vez que apenas se verificou diferença significativa ao nível do autocuidado, esfíncteres e locomoção. Os dados referidos anteriormente, podem ser facilmente justificáveis, na medida em que 91,7% tiveram reabilitação na fase aguda. Assim sendo, pode concluir-se que o tempo de espera que por vezes limita a entrada dos doentes num centro especializado, esta a ser na maioria dos casos, compensado com programas de reabilitação.

Para CHAE et al (1996 apud SILVA 2010) os AVC 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 objectivo 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. Segundo VENTURA (2002), a dimensão “cognição social” não é estatisticamente significativa, não se podendo inferir que os doentes com lesão à esquerda apresentam maior evolução funcional que os doentes com lesão à direita. No entanto estão em harmonia relativamente à dimensão “mobilidade”. No nosso estudo o Território afectado não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes.

Segundo TEIXEIRA-SALMELA et al (2003), a reabilitação deve iniciar-se o mais precoce possível, na medida em que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes pós AVC. Caso não seja possível realizar uma reabilitação activa, deve realizar-se reabilitação passiva, minimizando os riscos resultantes da imobilidade, pois constituem complicações que podem diminuir o potencial de recuperação do indivíduo. Esta ideia é defendida também por DUNCAN (2005), pois considera que a reabilitação deve ser precoce, intensiva, para que se obtenham benefícios funcionais e logo que a situação clínica do doente se estabilize, devem desenvolver-se esforços que visem a sua recuperação funcional. No nosso estudo, concluiu-se que a reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, mais propriamente ao nível do autocuidado, mobilidade e locomoção, indo de encontro à opinião dos autores supracitados.

Num estudo efectuado por ABREU (2009), na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Cova da Beira, constatou-se que os doentes que realizaram trombolise, obtiveram uma resposta muito positiva ao tratamento. Contudo, nem todos os autores sustentam a mesma ideia, na medida em que para TEIXEIRA (2004), o tratamento trombolítico não se mostrou eficaz, aumentando ainda o risco de hemorragia intracraniana. No nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a realização de trombólise dos participantes da amostra e a independência Funcional.

Num estudo efetuado por BENVENEGNU et al (2008), em que foi avaliada a evolução da independência funcional de indivíduos com AVC na realização de actividades da vida diária, submetidos a tratamento fitoterapêutico na fase hospitalar concluiu-se que houve diferença significativa entre o score inicial e final, sendo que os itens “autocuidados”, “locomoção” e “comunicação” foram os que apresentaram maior evolução. No nosso estudo concluiu-se que o programa de reabilitação continuado, teve uma influência estatisticamente significativa em todas as dimensões, ao nível da independência funcional.

5 – CONCLUSÃO

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

O presente estudo pretendia atingir dois objetivos referenciados na introdução. Nesse sentido descreveram-se as características sociodemográficas e clínicas da amostra. Além disso foi descrito um nível de independência funcional e identificou-se um conjunto de variáveis passíveis de influenciar a independência funcional dos doentes. Desta forma pensamos ter dado algum contributo no conhecimento de relações associativas com significância estatística, no domínio da independência funcional.

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

No que concerne à caracterização **sociodemográfica**, podemos salientar que colaboraram no estudo 60 participantes, dos quais 60,0% afectos ao género masculino. Em relação ao estado civil, pode salientar-se que 61,0% são casados e 17,0% divorciados. Relativamente às habilitações literárias, 41,7% têm o ensino secundário, 40,0% o ensino básico e apenas 15,0% a licenciatura.

No que diz respeito à **caracterização clínica**, podemos referir que a maioria dos participantes teve o AVC há menos de 2 meses (63,3%), uma percentagem bastante elevada teve AVC de tipo isquémico (81,7%), um pouco mais de metade afectou o hemisfério esquerdo (55,0%). Podemos também salientar que 85% dos participantes tiveram reabilitação na fase aguda, para quase todos este foi o primeiro AVC (91,7%) e aproximadamente um terço (31,7%) dos participantes realizou trombólise.

No que respeita à caracterização dos **níveis de independência funcional**, podemos salientar que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) quando comparado o momento da entrada com o da alta.

No que diz respeito às **hipóteses estudadas**, pode salientar-se que aceitamos as seguintes hipóteses, sendo rejeitadas as restantes (H_1 , H_2 , H_4 , H_6 , H_7 e H_9):

- **H₃** - O estado civil não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo encontrámos diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão autocuidados;
- **H₅** - O Tempo de AVC não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo encontrámos diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão dos autocuidados, esfíncteres e locomoção;
- **H₈** - A reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, encontrando diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão dos autocuidados, locomoção e mobilidade;
- **H₁₀** - O programa de reabilitação continuado teve uma influência estatisticamente significativa ao nível da independência funcional.

Tendo em conta o supracitado, podemos concluir que as variáveis clínicas exercem uma maior influencia na independência funcional quando testadas dimensão a dimensão, nomeadamente o tempo de AVC, a reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado.

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. O questionário e informação sobre o preenchimento do mesmo, foi entregue no centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, pelo que consideramos que a nossa amostra deveria ser constituída por um número mais avultado de doentes. 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.

Devemos também salientar a importância do desenvolvimento de investigações futuras, que integrem outras variáveis independentes, de contexto psicológico e clínico.

Terminamos, salientando que muito há a fazer e a investigar no domínio da independência funcional, 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.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, S. ; DAMASCENO A. – Ajuda AVC: manual online do cuidador. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. Ano 17, Vol. 17, nº 1 (Janeiro/Fevereiro, 2009).
- ANDRÉ, C. – **Manual do AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- BAGG, S. ; POMBO, A. P. ; HOPMAN, W. - Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. Stroke. 33 (2002), p. 179-185
- BENVEGNU, A. B. ; Gomes L. A. ; SOUZA, C. T. - Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVC). Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre. Vol. 1, nº 2 (Julho/ Dezembro, 2008), p. 71-77 .
- CAMBIER, Jean; MASSON, Maurice; DEHEN, Henri – **Neurologia**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN 85-277-1066-8.
- CARMONA, J. – **Hipertensão é a principal causa de acidentes vasculares cerebrais** [Em linha]. 2004. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em WWW: < URL: http://www.spavc.org/imgs/contente/article_42/sp5.pdf>.
- CARVALHIDO, Teresa; PONTES, Manuela – Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto. ISSN 1646-0480. Nº6 (2009), p. 140-150.
- CERVEIRA, Joel Andrade – Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes socio-demográficas e clínicas. Mestrado em enfermagem de reabilitação. Trabalho efetuado sob orientação da Prof. Helena Moreira. Junho 2011.
- CHAVES, Marcia Loureiro F. – Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia. Porto Alegre: artemed, 2008, p. 97-127.
- COELHO, Rosa Maria Alves – 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. Dezembro 2011.

- DUNCAN, P. [et al.] - Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. Stroke [Em linha]. Vol. 36, nº 9 (Setembro 2005), 100-043. [Consult. 27 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full.pdf>>.
- EUROPEAN STROKE INICIATIVE - **AVC isquémico: profilaxia e tratamento**. Alemanha: EUSI, 2003.
- EUROPEAN STROKE INITIATIVE - Cerebrovascular disease: recommendations for stroke management. Cerebrovascular Diseases [Em linha]. Nº 16 (2003), p. 311-337. [Consult. 27 Fev. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf>.
- EUROPEAN STROKE ORGANIZACION - **Recomendações para o tratamento do AVC isquémico 2008** [Em linha]. Heidelberg, 2008. [Consult. 23 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.eso-strok.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf>.
- FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria – A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e prespectivas. Revista brasileira de epidemiologia. [Em linha]. Vol. 8, nº2 (2005), p.187-192. [citado em 12 de Março de 2012]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>
- FERRO, José Maria – Epidemiologia, fatores de risco e prevenção primária do AVC. Pathos. Lisboa. Nº 7 (Julho/Agosto 2000), p.7-17.
- FERRO, José Maria – Prevenção secundária do AVC. Pathos. Lisboa. Nº 7, (Julho/Agosto, 2000), p. 30-36.
- FERRO, José Maria; PIMENTEL, J. – **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006.
- FORTIN, Marie Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidacta, 2009. ISBN 9789898075185.

- GONÇALVES, Cátia Susana Almeida –Dependência funcional dos idosos pós acidente vascular cerebral. Mestrado em enfermagem de reabilitação. Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Rosa Martins. Viseu ESSH Maio de 2011
- GRANGER C. V. ; Hamilton B. B.; Keith R. A. - **Advances in functional assessment for medical rehabilitation: topics in geriatric rehabilitation.** Rockville: Aspen, 1986.
- GRAY, J. [et al.] – Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the tinzaparin in acute ischaemic stroke trial (TAIST). Stroke [Em linha]. Vol. 38, nº11 (Novembro 2007), p. 2960-2964. [Consult. 23 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2960.full.pdf>>.
- GREVE, J. – Tratado de medicina de reabilitação. São Paulo. Roca, 2007.
- HAASE, Vítor Geraldi; LACERDA, Shirley Silva. – Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. Temas em psicologia da SBP. Ribeirão Preto. ISSN 1413-389X. Vol. 12, nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2004), p. 28-42.
- ITAMI, L.T. – **Causas externas e seu impacto sobre independência funcional em adultos com fracturas.** Universidade de São Paulo: EEUSP, 2008.
- KAWASAKI, K.; CRUZ, K.C.T.; DIOGO, M.J.D. – A utilização da medida de independência funcional em idosos: uma revisão bibliográfica. Medicina de Reabilitação. 2004 p.57-60.
- KOIZUMI, Maria Sumie; DICCINI, Solange – Enfermagem em Neurociência: São Paulo: Athneu, 2006, p.329-335.
- LEITE, Valéria Barreto Esteves – 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 (Janeiro/Fevereiro 2005), p. 92-96.
- MARÔCO, João – **Análise estatística com o PASW: ex SPSS.** Pêro Pinheiro: Report Number, 2010.
- MARÔCO, João – **Análise estatística: com utilização do SPSS.** Lisboa: Silabo, 2007.

- MARQUES, Sueli; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Lucina – O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 14, nº3 (Maio/Junho 2006), p. 1-8. [Consult. 12 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:www.eerp.usp.br/rlae>.
- NERI, A. L. – **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 2001.
- NOGUEIRA, J. M. Abreu [et al.] – **Enquadramento das unidades de reabilitação de acidentes vasculares cerebrais: cuidados continuados saúde e apoio social** [Em linha]. Lisboa, Julho 2007. [Consult. 28 Fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinalRESUMOEEXECUTIVO.pdf>.
- PAIS-RIBEIRO, Jose Luis – Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: quarteto 2005. ISBN 989-558-045-2
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - **Análise de dados para ciências sociais**. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
- PHIPPS, W. J., Sands, J. K., Marek, J. F. - **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- POLIT, Denise F.; BEEK, Cheryl Tatamo – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.
- PORTUGAL. Direção geral da saúde – Risco de morrer em Portugal: Inquérito nacional de saúde. 2005/2006. Lisboa: DGS, 2009.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - Risco de morrer em Portugal. Lisboa: DGS, 2000.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares - **Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral**. Lisboa: ACS 2007. ISBN 978-989-95146-2-1. [Consult. 2 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt>.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Direcção dos Serviços de Planeamento - **Unidades de AVC : recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: D G S, 2001. ISBN 972-9425-97-3.
- RIBERTO, M. ; Miyazaki M. H. ; JUCÁ, S. S. H. - Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiátrica. Vol. 11, n. 2, (Março/Abril 2004), p. 72-76.
- ROCHA, S. I. M. - **Doença cerebrovascular aguda: avaliação de protocolo de trombolise: Unidade de AVCs, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE**. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, 2008. Dissertação de mestrado integrado em medicina, apresentada à Faculdade de Ciências da UBI, Covilhã.
- SAINBURG, Robert L. [et al.] – Does motor lateralization have implications for stroke rehabilitation? Journal of Rehabilitation Development. Vol. 43, nº 3, (May/June 2006), p. 311-322.
- SILVA, E. J. A. – **Reabilitação após o AVC**. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, área: Medicina comunitária.
- SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. – Fisioterapia, avaliação e tratamento – 2ª Edição São Paulo, Editora Manole, 1993.
- TEIXEIRA, Ricardo; SILVA, Leonardo; FERREIRA, Valerio – Tratamento trombolítico no Acidente Vascular Isquémico – Revista Neurociencias. São Paulo. ISSN 0104-3579, Vol. 12, nº1 (2004), p. 5-17.
- TEIXEIRA-SALMELA, L.F.. et al. - Musculação e condicionamento aeróbio na performance funcional de hemiplégicos crônicos. Acta Fisiátrica. Vol.10, Nº 2, 2003, p.54-60.
- VENTURA, Maria Clara Amado Apóstolo - Independência funcional em doentes com AVC : influência do hemisfério afetado. In: Referência. - Coimbra. - ISSN 0874-0283. - N.º 9 (Novembro 2002), p. 31-40.
- VOOS, M.C.; VALLE, Ribeiro do - Assimetrias funcionais em pacientes com hemiparesia: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol.14 Nº 1, 2007, p.79-87.



ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

INSTITUTO POLITECNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Área científica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Prof Dr. Rosa Martins

Investigador colaborador: Francisco Marques

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Independência Funcional do Doente pós AVC

Instrumento de colheita de Dados

Viseu Setembro de 2011



INSTITUTO POLITECNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

ÁREA DE ENFERMAGEM E REABILITAÇÃO

Independência Funcional do Doente pós AVC

QUESTIONÁRIO

NOTA DE ESCLARECIMENTO

- O objectivo geral do estudo é identificar níveis de independência Funcional do doente pós AVC bem como a sua correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Não é necessária identificação, uma vez que a colheita de dados é anónima e confidencial.

Obrigado pela colaboração
Pela equipa de investigação
Prof. Doutor Rosa Martins

Número do questionário

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa nos pontos 1, 3, 4 e 5.

Preencha o espaço com o valor numérico no ponto 2.

1 – Género

Masculino

Feminino

2 – Idade ____ Anos

3 – Estado Civil

Casado

Viúvo

Solteiro

Divorciado

Outro

4 – Habilitações literárias

Analfabeto

Ensino básico

Ensino secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

SECÇÃO B – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa.

1 – Tempo de AVC

≤ 2 meses

> 2 meses

2 – Tipo de AVC

Isquémico

Hemorrágico

3 – Território Afectado

Hemisfério Esquerdo

Hemisfério Direito

Tronco cerebral

4 – Reabilitação fase aguda

Sim

Não

5 – Primeiro AVC

Sim

Não ----- Numero de AVC_____

6 – Realização de trombólise

Sim

Não

SECÇÃO C – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 – Independência completa (em segurança e tempo normal)	SEM AJUDA	
	6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		
	5 – Supervisão	AJUDA	
	4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)		
	3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$)		
	2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$)		
	1 – Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)		
AUTOUIDADOS		Admissão	Após 3 meses
A – Alimentação			
B – Higiene Pessoal			
C – Banho (Lavar o corpo)			
D – Vestir metade superior			
E – Vestir metade inferior			
F – Utilização de sanita			
CONTROLO DE ESFINCTERES		Admissão	Após 3 meses
G – Bexiga			
H – Intestino			
MOBILIDADE		Admissão	Após 3 meses
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J – Sanita			
K – Banheiro			
LOCOMOÇÃO		Admissão	Após 3 meses
L – Marcha/cadeira de rodas			
M – Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão			
O – Expressão			
COGNIÇÃO SOCIAL		Admissão	Após 3 meses
P – Interação social			
Q – Resolução de problemas			
R – Memória			
TOTAL			
(Não deixe nenhum ponto em branco: se não testavel marques 1)			

Copyright 1990 Research Foundation, State University of New York

Jorge Lains SMFR HUC (alterado na frequência da aplicação)

SUDRM91/4/15

ANEXO II – Autorização para efetuar colheita de dados



EM SESSÃO DO CONSELHO
DIRECTIVO
06/03/12
Deliberado *termos conhecimento*
da presente proposta e remeter
o mesmo à comissão directiva
clínica para os devidos efeitos
Carlos Andrade Costa
Administrador Delegado

Exma. Senhora
Directora Clínica do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
Dra. Maria de Jesus Rodrigues

A Comissão de Ética para a Saúde deste Centro, na reunião do dia 23 de janeiro, estudou os seguintes trabalhos e deu o respectivo parecer:

-Proposta de Tese de Mestrado na área de psicologia clínica intitulada “O Bem-estar Emocional e Psicológico e Qualidade de Vida na População Portuguesa que sofre de Artrite reumatoide”, solicitada por Joana Luísa Fernandes, mestranda em psicologia clínica, dom Instituto superior de Psicologia Aplicada.

A Comissão considerou que esta proposta não apresentava os elementos suficientes para apreciação do trabalho, não sendo já viável a sua aplicação pelo limite de tempo.

-Pedido para a realização de colheita de dados para o estudo académico com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem, a fazer junto de enfermeiros que exercem funções no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento deste Centro e aos pais, intitulado “Satisfação dos Pais no Cuidar em Parceria da Criança com Patologia Neuromotora”; solicitado por Teresa Leonor Lopes Miranda, enfermeira no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento e mestranda em Enfermagem – Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A Comissão considerou cumpridos, os requisitos para a realização deste estudo.

-Pedido para colheita de dados, através de questionário, aos utentes com AVC, para a realização de uma dissertação intitulada “Independência Funcional do Doente pós AVC”; solicitado por Francisco Marques, enfermeiro do Serviço de Reabilitação de Adultos 1E, mestrando em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A Comissão considerou cumpridos, os requisitos para a realização deste estudo; no entanto sugeriu que prescindisse do Apgar Familiar.

Ao CD
Mª de Jesus Ro
Directora Clí
Centro de Medicina de Reabilitação
Direcção Clínica
Entrada 23/02/2012